

# Optimaliseren van zorgprocessen in RIAGGs

Citation for published version (APA):

Baars, I. J., van Merode, G. G., & Arntz, A. (2007). *Optimaliseren van zorgprocessen in RIAGGs : Onderzoek naar verbetering van doelmatigheid & effectiviteit*. (1 ed.) Universiteit Maastricht.

## Document status and date:

Published: 01/09/2007

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Optimaliseren van zorgprocessen in RIAGGs

Onderzoek naar verbetering van doelmatigheid & effectiviteit

Drs. I.J. Baars  
Prof. Dr. G.G. van Merode  
Prof. Dr. A. Arntz



# Optimaliseren van zorgprocessen in RIAGGs

Onderzoek naar verbetering van doelmatigheid & effectiviteit

**Drs. I.J. Baars<sup>1</sup>**  
**Prof. Dr. G.G. van Merode<sup>2</sup>**  
**Prof. Dr. A. Arntz<sup>3</sup>**

September 2007

Universiteit Maastricht

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Capaciteitsgroep BEOZ (Beleid Economie en Organisatie van de Zorg)

School for Public Health and Primary Care/ Experimentele Psychopathologie EPP

ISBN: 978-90-9022342-1

1: Department of Health Organisation, Policy and Economics; [i.baars@beoz.unimaas.nl](mailto:i.baars@beoz.unimaas.nl)

2: Department of Health Organisation, Policy and Economics; [f.vanmerode@beoz.unimaas.nl](mailto:f.vanmerode@beoz.unimaas.nl)

3: Department of Clinical Psychological Science; [arnoud.arntz@mp.unimaas.nl](mailto:arnoud.arntz@mp.unimaas.nl)



## Voorwoord

In opdracht van vier RIAGGs is door de Universiteit Maastricht een onderzoek uitgevoerd naar mogelijkheden om ambulante Geestelijke Gezondheidszorg te optimaliseren. Het doel van het onderzoek is het formuleren van aanbevelingen aan de RIAGGs om te komen tot optimale zorgprocessen en zorgorganisatie. Het verbeteren van zorgprocessen krijgt steeds meer de aandacht in de GGZ. Dit heeft onder meer te maken met de komst van de DBC-systematiek. Hierdoor is de aandacht op marktwerking, transparantie en kwaliteit van zorg toegenomen. Als gevolg hiervan is het voor de RIAGGs extra belangrijk om efficiënte en effectieve hulp te kunnen verlenen.

Dit rapport beschrijft het belang en het doel van dit onderzoek, de huidige inzichten in procesoptimalisatie, de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en de resultaten, discussie en conclusie. Het rapport eindigt met aanbevelingen voor ambulante GGZ organisaties. Deze aanbevelingen kunnen worden gebruikt door ambulante GGZ organisaties die de logistieke organisatie willen verbeteren. Bovendien biedt de gebruikte methode van dit onderzoek handvatten voor organisaties om zelf processen te analyseren en te beoordelen op basis waarvan processen kunnen worden verbeterd.

Drs I.J. Baars

Prof. Dr. G.G. van Merode

Prof. Dr. A. Arntz

Maastricht, september 2007

## Samenvatting

### Inleiding

Voor ambulante GGZ wordt de doelmatigheid en effectiviteit steeds belangrijker. Redenen hiervoor zijn onder andere de nieuwe financieringsmethode, de mondigere cliënt, de beoogde gereguleerde marktwerking en de vraag om meer transparantie. Daarbij dienen de instellingen steeds meer de wensen van de cliënt als uitgangspunt te nemen.

Deze ontwikkelingen is voor vier RIAGGs de aanleiding geweest voor een onderzoek naar de huidige situatie en naar verbetermogelijkheden. Het onderzoek is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht met als doel: het formuleren van aanbevelingen aan de RIAGGs voor de optimalisatie van zorgprocessen en de zorgorganisatie. De volgende vraagstelling is hierbij gebruikt:

*‘Hoe kunnen zorgprocessen en de zorgorganisatie van RIAGGS worden geoptimaliseerd om de doelmatigheid & effectiviteit te verbeteren, met betrekking tot de implementatie van DBC’s’?*

### Achtergrond

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de doelmatigheid van de RIAGG kon worden verbeterd. Dit onderzoek beval aan om in het procesmanagement meer nadruk te leggen op distributiegegevens zoals het aantal contacten per cliënt en de doorlooptijd van cliënten.

Doelmatigheid en ook de effectiviteit van zorgprocessen wordt beïnvloed door het proces. Zo heeft de mate van standaardisatie van processen en de mate waarop cliëntenbehoeften zijn geïntegreerd in het proces invloed op uitkomsten als doelmatigheid en effectiviteit.

Standaardisatie vermindert onnodige variatie en maakt het mogelijk om processen te plannen en tevens om de voortgang van de processen te meten. Echter, of standaardisatie mogelijk is en in welke vorm, hangt af van het type aandoening, type behandeling, omvang van de cliëntengroep en het type capaciteit dat nodig is. Daarbij maakt cliëntenintegratie het mogelijk om een proces te managen op basis van de behoeften van de cliënt in plaats van op basis van de behoeften van de hulpverleners. Het cliëntenproces wordt op deze manier centraal gesteld waardoor een cliënt als het ware door een proces heen stroomt.

Binnen gezondheidszorginstellingen wordt de mate van cliëntenintegratie en standaardisatie door drie factoren beïnvloed. De eerste factor is de manier waarop activiteiten van een proces worden gecoördineerd. Met andere woorden, de juiste activiteiten moeten bij de juiste cliënt, op de juiste tijd, door de juiste hulpverlener worden uitgevoerd. Als verschillende

hulpverleners betrokken zijn bij de hulpverlening van een cliënt, is er vanzelfsprekend meer informatieoverdracht nodig. Maar, overdracht van informatie is gevoelig voor fouten en dient daarom zo min mogelijk plaats te vinden. Bovendien is bij de betrokkenheid van meerdere hulpverleners de kans groter dat een cliënt moet wachten op hulpverlening. Het wachten van een cliënt is een activiteit die voor de cliënt niet is gewenst.

Als tweede factor onderscheiden we onzekerheid. Onzekerheid betreft de vraag van een cliënt (wanneer wordt welke hulpvraag gesteld), de onzekerheid van het aanbod van de RIAGG (welke hulp wordt er in een situatie aangeboden), en de onzekerheid van het proces zelf (worden aanwezige afspraken en richtlijnen ook gevolgd). Deze drie vormen van onzekerheid hebben invloed op de doelmatigheid. Want, hoe meer onzekerheid er is, hoe moeilijker het is om een proces te plannen en te kunnen managen. Hierdoor kunnen wachttijden toenemen en kan de kwaliteit van zorg en cliëntentevredenheid af nemen.

De derde factor die een rol speelt in de uiteindelijke doelmatigheid en effectiviteit, is de flexibiliteit van de organisatie. De RIAGG moet flexibel kunnen reageren op aanwezige variatie. Bovendien kan functionele flexibiliteit waarbij hulpverleners beschikken over meerdere vaardigheden, bijdragen aan doelmatigheid. Als voorbeeld beschrijven we crisiscontacten. Bij onverwachte situaties als bijvoorbeeld een crisishulpvraag, moet een hulpverlener flexibel kunnen reageren om te kunnen voldoen aan de hulpvraag van cliënten. Logischerwijs is minder reactievermogen nodig wanneer processen minder onzeker zijn en daarmee beter te plannen.

In dit onderzoek zijn bovengenoemde drie factoren geoperationaliseerd naar prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren zijn vervolgens gebruikt bij het in kaart brengen en analyseren van de processen van de vier RIAGGs.

## Methoden

De huidige situatie van twee zorgprocessen is beschreven. Het eerste zorgproces betreft het proces voor cliënten met een depressieve stoornis die korter dan twee jaar in de RIAGGs in behandeling zijn geweest. De tweede procesbeschrijving betreft het proces voor cliënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen die langer dan twee jaar in de RIAGGs zijn geweest. De processen zijn beschreven met informatie die verkregen is uit observaties en interviews met verschillende hulpverleners binnen de RIAGGs. Daarbij is een kwantitatieve data analyse uitgevoerd. De huidige situatie is geanalyseerd aan de hand van verschillende prestatie-indicatoren.

## Resultaten

De resultaten laten zien dat de RIAGGs onderling verschillen in procesorganisatie. Een van de verschillen is de mate waarin zorgprocessen zijn gedefinieerd. RIAGG 3 heeft bijvoorbeeld een zorgproces voor depressieve cliënten beschreven en apart georganiseerd waarbij de capaciteit van hulpverleners aan dit zorgproces is toegewezen. RIAGG 1 daarentegen gebruikt nauwelijks criteria waardoor cliënten worden behandeld binnen verschillende afdelingen en door verschillende hulpverleners. Het gevolg hiervan is dat het hulpverleningsproces een stuk onduidelijker is voor zowel de cliënt als de hulpverlener en managers van de RIAGG. De planbaarheid van het proces is hierdoor minimaal.

Het aantal ontvangen contacten door een cliënt, de frequentie van deze contacten en de totale doorlooptijd van de cliënten verschillen tussen de cliënten binnen een RIAGG maar ook tussen de RIAGGs. Bovendien verschilt ook de mate van variatie in het aantal contacten en de doorlooptijd tussen de RIAGGs. Dit laatste betekent dat de ene RIAGG beter in staat is de processen te plannen als de andere RIAGG. Daarbij verschillen de RIAGGs in het afstemmen van de verschillende activiteiten in een proces waardoor de mate van complexiteit van coördinatie verschilt tussen de RIAGGs. Een voorbeeld betreft een RIAGG waar weinig tot geen criteria wordt gebruikt voor de doorstroom van cliënten door een proces. Hierdoor kan het zijn dat een cliënt kriskras van de ene afdeling en hulpverlener naar de andere afdeling en hulpverlener moet gaan. Deze kriskras stromen vereisen informatieoverdrachten tussen hulpverleners waardoor de kans op fouten toeneemt. Bovendien vinden veel onnodige activiteiten plaats, voornamelijk op het gebied van informatieverwerking.

## Discussie, Conclusie en Aanbevelingen

De complexiteit en onzekerheid in de RIAGGs is hoog. De aanwezige variatie in het aantal contacten en de doorlooptijd heeft een negatieve invloed op de voorspelbaarheid en planbaarheid van processen. Hierdoor kunnen wachtlijsten toenemen, cliëntentevredenheid afnemen en de doelmatigheid worden verminderd.

Binnen de RIAGGs worden activiteiten uitgevoerd die niet direct waarde toevoegen voor de cliënt. Dit zijn bijvoorbeeld onnodige activiteiten als het dubbel vragen van informatie aan een cliënt, het wachten van een cliënt en/of hulpverlener, of het verwerken van informatie. De activiteiten die geen waarde toevoegen dienen geminimaliseerd te worden waardoor de coördinatie van het proces minder complex wordt.

Onzekerheid in het zorgproces, in vraag en in aanbod, zal altijd aanwezig zijn. Cliënten verschillen nu eenmaal en hulpverleners hebben ook een bepaalde mate van vrijheid nodig.



Daarom is het niet wenselijk, en ook niet mogelijk, om onzekerheid in zijn geheel te verwijderen. Maar, onnodige onzekerheid kan worden gereduceerd. Een manier om onzekerheid van vraag te verminderen is de vorming van homogenere cliëntengroepen. Hierdoor neemt vraag onzekerheid af en zijn zorgprocessen beter inzichtelijk en te managen. Het vormen van homogenere patiëntengroepen vereist wel dat deze groepen qua volume groot genoeg zijn om de variatie te kunnen beheersen.

Dit onderzoek concludeert dat zorgprocessen in de RIAGGs kunnen worden verbeterd door een aantal maatregelen. Zo dient de behoeften van de cliënt als uitgangspunt genomen te worden in de zorgprocessen. Op deze wijze kan voorkomen worden dat een cliënt kriskras door een RIAGG gaat, er informatie dubbel gevraagd wordt, zorgprocessen onzeker zijn en de continuïteit geschaad wordt. Daarbij dienen deze processen zoveel mogelijk te worden gestandaardiseerd. Richtlijnen en behandelprotocollen vormen daarbij de grondslag.

Om in de RIAGGs te komen tot meer focus op de cliëntenbehoeften waarbij ook meer gebruik gemaakt kan worden van processtandaardisatie, dienen ten eerste doelen gedefinieerd te worden voor het zorgproces. Deze doelen kunnen worden geoperationaliseerd in prestatie-indicatoren die weergeven wat de beoogde resultaten van het zorgproces zijn. Pas als doelen gedefinieerd zijn, dus de feitelijke planning van een proces, kan het proces gecontroleerd worden op het behalen van deze doelen. Als managers de eventueel aanwezige afwijkingen van de prestaties ten opzichte van de doelen analyseren, ontstaat meer inzicht in de oorzaken van de afwijkingen. Als het voor de managers bekend is wat de afwijkingen veroorzaken en deze afwijkingen niet gewenst zijn, is het ook sneller duidelijk welke maatregelen genomen moeten worden om het verschil tussen de doelen en de prestaties te verminderen. Bij maatregelen kan gedacht worden aan training voor hulpverleners, maar ook een andere procesinrichting of de introductie van informatietechnologie kan bijdragen aan een verbetering van de prestaties. Bovendien kunnen de doelen van het proces als uitgangspunt dienen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars in het kader van de DBC-systematiek.

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>2. Ontwikkelingen in de GGZ</b>	<b>3</b>
<b>3. Proceskenmerken</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Complexiteit van coördinatie en continue stroom van het proces</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Onzekerheid en variatie</b>	<b>7</b>
3.2.1 <i>Standaardisatie</i>	9
3.2.2 <i>Prestatiebeheersing</i>	9
3.2.3 <i>Informatietechnologie</i>	10
<b>3.3 Inflexibiliteit en reageren</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Cliëntenintegratie, standaardisatie en prestatiebeheersing</b>	<b>11</b>
<b>3.5 Prestatie-indicatoren</b>	<b>12</b>
<b>4. Methoden</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Setting en onderzoekspopulatie</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Beschrijven van de ‘As Is’ situatie</b>	<b>14</b>
4.2.1 <i>Observaties en Interviews</i>	14
4.2.2 <i>Kwantitatieve dataverzameling</i>	15
<b>4.3 ‘To Be’: Indicatoren</b>	<b>16</b>
<b>5. Hoe staan de RIAGGs ervoor?</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Kenmerken van de RIAGGs</b>	<b>17</b>
5.1.1 <i>Aanwezige afdelingen</i>	18
<b>5.2 Complexiteit van coördinatie</b>	<b>18</b>
5.2.1 <i>Procesbeschrijving</i>	19
5.2.2 <i>Cliëntenintegratie: kriskras of continue?</i>	20
5.2.3 <i>“Verspilling”</i>	21
<b>5.3 Onzekerheid en mate van standaardisatie</b>	<b>22</b>
5.3.1 <i>Onzekerheid in vraag</i>	23
5.3.2 <i>As Is: Onzekerheid in het hulpverleningsaanbod en in het zorgproces</i>	29
5.3.3 <i>As Is: Besluitvorming primair proces: aanwezigheid, opvolging en afwijking van richtlijnen</i>	31
5.3.4 <i>Informatietechnologie</i>	33
<b>5.4 Flexibiliteit van hulpverlening</b>	<b>33</b>
5.4.1 <i>Functionele flexibiliteit</i>	33
<b>5.5 Zorgproces en planning en beheersing</b>	<b>34</b>
5.5.1 <i>Planning van activiteiten</i>	34
<b>6. Discussie</b>	<b>36</b>
<b>6.1 Cliëntenintegratie</b>	<b>36</b>

<b>6.2 Standaardisatie</b>	<b>38</b>
6.2.1 <i>Reactief vermogen en functionele flexibiliteit</i>	39
6.2.2 <i>Planning, beheersing en continue verbeteren</i>	40
<b>6.3 Uitkomsten</b>	<b>41</b>
<b>6.4 Methodologische discussie</b>	<b>41</b>
6.4.1 <i>Generaliseerbaarheid</i>	42
<b>7. Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>43</b>
7.1 Aanbevelingen	43
7.2 Vervolgonderzoek	52
<b>Literatuurlijst</b>	<b>54</b>
<b>Bijlage 1 Definities</b>	<b>58</b>
<b>Bijlage 2 Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage 3 Overzicht interviewgegevens</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage 4 Overzicht RIAGGs</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage 5 Stroomschema's RIAGGs</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 6 Figuren aantal contacten</b>	<b>67</b>
<b>Bijlage 7 Overzicht resultaten</b>	<b>68</b>



## 1. Inleiding

Doelmatigheid en effectiviteit worden voor de RIAGGs steeds belangrijker. In de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) wordt de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) systematiek geïntroduceerd. De DBC-systematiek moet vraaggestuurde zorg stimuleren, transparantie in de zorg verhogen en een gereguleerde GGZ markt op basis van een contractenstelsel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogelijk maken.

Een DBC typeert het zorgtraject dat voortkomt uit de zorgvraag van de cliënt. Op basis van de, met het zorgtraject samenhangende, activiteiten en verrichtingen binnen een instelling worden de kosten per DBC berekend (DBC GGZ, 2003). Vervolgens kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van DBC's onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. De DBC-systematiek is de directe aanleiding geweest voor vier RIAGGs om een onderzoek te laten uitvoeren door de Universiteit Maastricht naar de doelmatigheid van de zorgprocessen binnen deze RIAGGs. Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan de RIAGGs voor de optimalisatie van zorgprocessen en de zorgorganisatie. De volgende vraagstelling is voor dit onderzoek gebruikt:

*'Hoe kunnen zorgprocessen en de zorgorganisatie van RIAGGS worden geoptimaliseerd om de doelmatigheid & effectiviteit te verbeteren, met betrekking tot de implementatie van DBC's'?*

Een Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) is een tweedelijns, regio gebonden GGZ-instelling en biedt ambulante hulp aan mensen met psychiatrische en/of mensen met ernstig psychosociale problemen. Naast de RIAGG zijn er geïntegreerde GGZ instellingen op de ambulante GGZ markt. In 2005 waren er in totaal 103 GGZ-instellingen waarvan negen RIAGGs en 39 geïntegreerde GGZ-instellingen (GGZ Nederland, 2006). In 2006, zoals door sociale kaart Geestelijke Gezondheidszorg 2006 vermeld, zijn nog zeven RIAGGs zelfstandig (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en Trimbos instituut, 2006).

De DBC-systematiek kenmerkt zich door financiering op basis van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over leveringsvoorwaarden als volume, prijs en kwaliteit van productgroepen. Productgroepen zijn gedefinieerd als een clustering van afzonderlijke DBC's welke geen onaanvaardbare spreiding in de kosten kennen (DBC GGZ, 2006).

Een DBC bestaat uit twee onderdelen: 1) de typering van de zorgvraag en 2) de behandeling die bestaat uit activiteiten en verrichting en wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Het uiteindelijke ‘product’ is zodoende het totale zorgtraject behorende bij een bepaalde diagnose. De interactie tussen de activiteiten en verrichtingen bepalen vervolgens het zorgproces.

In 1998 is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de doelmatigheid van RIAGGs onderzocht waarbij diverse aanbevelingen zijn gedaan om te komen tot een doelmatigere zorgverlening door de RIAGG (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, 1998). In het volgende hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten hiervan beschreven.

Om inzicht te verkrijgen in eventuele verbetermogelijkheden van de zorgprocessen van de RIAGGs, moet ten eerste de huidige situatie bekend zijn. Hiervoor is in dit onderzoek gebruik gemaakt van ‘process mapping’. Process mapping is een proces verbeteringsmethodiek waarbij eerst de huidige situatie wordt beschreven, de ‘As Is’. De huidige situatie wordt vervolgens geanalyseerd waardoor een beschrijving ontstaat van de gewenste ‘To Be’ situatie. Deze techniek is in hoofdstuk 6 nader beschreven.

We gaan in dit rapport eerst in op ontwikkelingen op het gebied van doelmatigheid in de RIAGG. Daarna volgt in hoofdstuk 3 een uiteenzetting van proceskenmerken die van invloed zijn op de uitkomsten van de RIAGG. Na deze theoretische achtergrond is in hoofdstuk 4 de methoden beschreven en worden in hoofdstuk 5 de resultaten beschreven. Deze resultaten worden in hoofdstuk 6 bediscussieerd en in hoofdstuk 7 zijn de conclusies en aanbevelingen beschreven. In Bijlage 1 is een lijst met gehanteerde definities weergegeven.

## 2. Ontwikkelingen in de GGZ

Vanuit doelmatigheidsoptiek is een RIAGG die zowel een hoge productiviteit (de verhouding tussen ingezette middelen en de geleverde hoeveelheid hulp- en dienstverlening), als een hoge distributie (de hulpverlening per klant en de duur dat de klant in het systeem verblijft, dus het aantal klanten dat wordt bediend gegeven een gelijke hoeveelheid hulpverlening) in combinatie met een goede klanttevredenheid heeft, optimaal (Cox, De Hartog et al. 1998). Doelmatigheid is hier gedefinieerd als de verhouding tussen input in een RIAGG als mensen, middelen en kennis en de output in termen van hoeveelheid hulpverlening, kwaliteit van hulpverlening en klanttevredenheid.

Een onderzoek naar de doelmatigheid van RIAGG-activiteiten (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten 1998) toont aan dat er niet één doelmatigste RIAGG is, maar dat de invulling die een RIAGG geeft aan het begrip doelmatigheid verschilt. Het verschil betreft de nadruk die een RIAGG legt op productiviteit, op distributie, of op een combinatie van deze twee.

De productiviteit is uitgedrukt in onder andere het percentage face-to-face contacten. Het percentage face-to-face contacten is in vergelijking met andere sectoren laag; 43% in de RIAGG t.o.v. 86% in de thuiszorgsector (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten 1998; Cox, de Hartog, Van Iperen, Knaven, Hull, Spaans, 1998). Een andere productiviteitsvariabele is het aantal zittingen per formatieplaats hulpverlener. De RIAGGs verschillen hierin onderling van 321 tot 754 zittingen per fulltime-equivalent (fte) zorgverlener. Bovendien verschillen de onderzochte RIAGGs in distributiegegevens zoals het aantal zittingen per behandelde klant. Door deze variabiliteit werd in dit onderzoek vermoed dat de doelmatigheid kon worden verbeterd (Cox et al., 1998).

De commissie heeft verschillende aanbevelingen gedaan om de doelmatigheid te verbeteren. (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, 1998). Een van de aanbevelingen was het verbeteren van de productiviteit door meer automatisering. Maar ook door versterking van de aansturing op productiviteit, door het monitoren van tijdsbesteding van de hulpverleners en het kritisch bezien van de vele gangbare (multidisciplinaire) overlegvormen. Bovendien beval de commissie aan om meer dan voorheen op distributie-elementen als de duur van een behandeling te sturen. De RIAGGs zelf moesten hierop meer gaan sturen, maar ook werd aanbevolen dat externe partijen als de overheid en verzekeraars dit moesten gaan

ondersteunen (Cox, et al., 1998). Hulpmiddelen voor management op distributie-elementen zijn voor een RIAGG protocollering en standaardisering en het gebruik van concrete behandelplannen met afspraken over beslismomenten met betrekking tot bijstelling en beëindiging van behandeling (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, 1998). Een rol voor externe partijen is het stimuleren van spiegelinformatie. Spiegelinformatie is van belang om eigen resultaten te kunnen vergelijken met resultaten van andere soortgelijke organisaties van waaruit een impuls kan uitgaan voor doelmatigheidsverbeteringen.

De aanbevelingen die door de commissie zijn gedaan, zijn deels uitgevoerd. Zo leggen de huidige externe ontwikkelingen in de GGZ meer de nadruk op distributie-elementen. Onder meer door de introductie van de DBC-systematiek. Immers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten nu afspraken gaan maken over productgroepen die distributiegegevens als het gemiddelde aantal contacten per cliënt en doorlooptijden kunnen beschrijven. Daarnaast is een landelijk benchmark programma ontwikkeld. Sinds 2006 is er een basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg waaraan RIAGGs de prestaties kunnen spiegelen (GGZ Nederland & IGZ, 2006). Daarnaast krijgt ook het programmatisch werken en (bewezen effectieve) protocollen steeds meer aandacht in de GGZ.

Omdat distributie-elementen steeds belangrijker worden, moeten de RIAGGs beschikken over een systeem waarbij ze processen kunnen sturen op distributie-elementen om zodoende de doelmatigheid en effectiviteit te vergroten. De doelmatigheid en effectiviteit worden grotendeels bepaald door de aanwezige zorgprocessen. In het volgende hoofdstuk wordt deze relatie beschreven.



### 3. Proceskenmerken

Doelmatigheid en de effectiviteit van de RIAGGs worden beïnvloed door het zorgproces. Zo hebben de mate van standaardisatie van zorgprocessen en de integratie van de cliëntenbehoeften in het zorgproces invloed op de doelmatigheid en effectiviteit (Van Merode, Molema & Goldschmidt, 2004). Een proces is een opeenvolging van toestanden, waarbij sprake is van input (cliënten en hulpverleners), van doorstroom (de interactie tussen verschillende activiteiten, dus het zorgproces) waarbij uiteindelijk waarde voor de cliënt (een verbeterde gezondheid) gecreëerd wordt.

Hulpverleningsprocessen in een RIAGG zijn de kern van de organisatie. De organisatie van de processen bepaalt immers de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening. Structuurkenmerken bepalen het kader waarin de RIAGG de processen kan organiseren. Zo heeft bijvoorbeeld de samenstelling van de medewerkers, de samenstelling van de populatie, en demografische kenmerken invloed op het proces (Donabedian, 1980). Maar ook de organisatiestructuur bepaalt de organisatie van zorgprocessen. Een RIAGG in een dynamische omgeving heeft een organisatiestructuur nodig waarbij snel kan worden gereageerd op veranderingen. Het zorgproces heeft vervolgens invloed op de uitkomsten als effectiviteit en doelmatigheid (Donabedian, 1980). In Bijlage 2 wordt de relatie tussen structuur, proces en uitkomsten schematisch weergegeven.

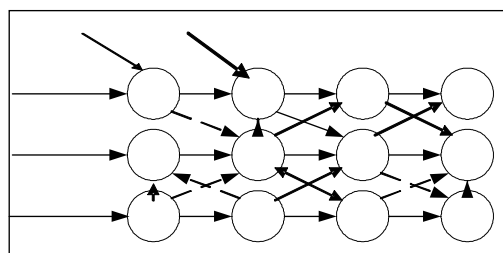
De doelmatigheid, effectiviteit en het reactievermogen van een organisatie worden door de mate van standaardisatie en cliëntenintegratie beïnvloed. Drie factoren dragen bij aan de (mogelijke) mate van standaardisatie en cliëntenintegratie. De eerste factor is de complexiteit van coördinatie (paragraaf 3.1). De tweede factor de onzekerheid van vraag, aanbod en het service proces (paragraaf 3.2) en de derde inflexibiliteit van medewerkers (paragraaf 3.3). Paragraaf 3.4 geeft een (schematisch) overzicht van de relaties tussen de besproken begrippen. In paragraaf 3.5 zijn de genoemde concepten geoperationaliseerd naar meetbare prestatie-indicatoren.

#### 3.1 Complexiteit van coördinatie en continue stroom van het proces

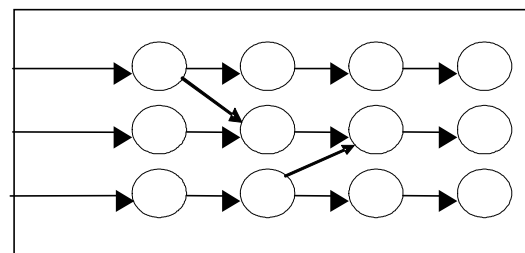
Een primair proces van een RIAGG bestaat uit de aanmelding, het koppelen van een cliënt met een hulpverlener, de intake, de behandeling, de evaluatie en vervolgens de afsluiting van

de behandeling. Deze verschillende activiteiten kunnen door verschillende hulpverleners worden uitgevoerd. De volgorde en timing van de verschillende activiteiten dienen hierbij te worden gecoördineerd. Effectieve coördinatie betekent dat de juiste activiteiten bij de juiste cliënt, op de juiste tijd met de juiste hulpverlener en inspanning plaats vindt (van Merode, 2006). Echter, coördinatie kan ook complex en minder effectief zijn. Een goede coördinatie is van belang omdat het onder andere de tevredenheid en ervaren gezondheidsstatus vergroot (Matlow, Wright, Zimmerman, Thomson & Valente, 2006). Een complexe coördinatie van zorg is een veel voorkomend probleem in de gezondheidszorg. Maar, wanneer is coördinatie complex? De coördinatie van een proces wordt complex als meerdere hulpverleners en/of afdelingen betrokken zijn bij het proces. De betrokkenheid van meerdere hulpverleners en/of afdelingen vraagt om meer overdrachtmomenten waardoor de kans op fouten toe neemt. Ook neemt de complexiteit van coördinatie toe als het aanbod van hulpverlening divers is en als de vraag van cliënten verschilt. Daarnaast kan de complexiteit worden vergroot als verschillende middelen nodig zijn en als de cliënt zijn zorg kan krijgen via verschillende routes door de RIAGG.

Een RIAGG kan functioneel georganiseerd zijn. Dit betekent dat de verschillende afdelingen en/of hulpverleners waar een cliënt mee te maken krijgt allemaal apart zijn georganiseerd en streven naar optimalisatie van de eigen capaciteit waarbij het totale proces van een cliënt uit het oog wordt verloren. Een cliënt kan zo kriskras door een RIAGG gaan en te maken krijgen met verschillende afdelingen en/of hulpverleners die de eigen capaciteit optimaliseren. Bovendien heeft een functionele organisatie andere doelstellingen dan die op het procesniveau tot optimale resultaten leiden (Van Merode et al., 2004). Procesgerichte organisaties kunnen wel de behoeften van de cliënt centraal stellen omdat het proces per definitie het cliënten perspectief als uitgangspunt neemt (Vanhaverbeke & Torremans 1999). Figuur 1 geeft schematisch een voorbeeld van kriskras stromen en van continue stromen.



Kriskras stromen



Continue stromen

Figuur 1: kris kras stromen en continue stromen

Complexiteit kan worden gereduceerd door activiteiten die niet direct waarde toevoegen voor de klant ('verspilling') te verminderen en uiteindelijk te verwijderen (Womack & Jones 1996). Voorbeelden van verspilling in een RIAGG zijn: (Correa, Gil & Redin, 2005; Van Merode, 2006)

- onnodig wachten totdat een hulpverleningstraject gestart kan worden, maar ook onnodig wachten in de wachtkamer en wachten van de hulpverlener op de cliënt (no-show),
- transport van bijvoorbeeld cliëntendossiers,
- beweging van cliënten en hulpverleners bij bijvoorbeeld het zoeken naar een lege ruimte voor de afspraak,
- verwerking als het schrijven van verslagen en onnodige administratieve procedures,
- overproductie waarbij diensten aangeboden worden waar geen vraag voor is,
- fouten die gemaakt worden als verkeerde medicijnen, missende informatie, of toewijzing aan een verkeerde hulpverlener, en de correctie die hierbij nodig is.

Als het RIAGG in staat is de activiteiten te verminderen die niet direct waarde toevoegen, kan de doelmatigheid en kwaliteit van hulpverlening toenemen. Bovendien is variatie ook een vorm van indirecte "verspilling" en leidt tot onzekerheid in de hulpverlening (Hopp & Spearman, 2004). In de volgende paragraaf wordt de invloed van onzekerheid in zorgprocessen beschreven.

### 3.2 Onzekerheid en variatie

In een onzeker proces is het binnen een RIAGG niet bekend binnen welke vraag zich wanneer aandient en hoe vervolgens het hulpverleningsproces er uit komt te zien. Onzekerheid heeft invloed op het proces zelf maar ook op de uitkomsten van het proces. Zo beïnvloedt onzekerheid onder andere wachtlijsten, kwaliteit van zorg en cliëntentevredenheid (Noon, Hankins & Côté, 2003). Onzekerheid wordt veroorzaakt door variabiliteit (bijvoorbeeld cliënten die niet komen op een afspraak) en toevalligheid (bijvoorbeeld verschil in zorgvraag tussen cliënten). We onderscheiden hier drie vormen van onzekerheid. Ten eerste is er onzekerheid van vraag.

In een RIAGG is van te voren niet bekend welke cliënt zich op welk moment aandient en welke zorgvraag deze cliënt heeft. Deze omgevingsdynamiek kan in twee karakteristieken worden beschreven. Ten eerste kan de grote van de vraag in verandering onvoorspelbaar zijn en ten tweede kan de soort van vraag onvoorspelbaar zijn (Anand & Ward, 2004).

De onzekerheid in vraag wordt veroorzaakt doordat cliënten allemaal eigen voorkeuren en behoeften, een andere zorgvraag en andere reacties op behandelingen hebben. Daarbij hebben verschillende cliënten andere percepties en verwachtingen van de kwaliteit. Deze factoren liggen voor een groot deel buiten de controle van de gezondheidszorgorganisatie (McLaughlin, 1996; Noon et al., 2003).

De tweede vorm van onzekerheid is onzekerheid in aanbod. Onzekerheid in aanbod betreft de voorspelbaarheid van het aanbod. Dus welke hulpverlening wordt met welke kwaliteit, waar, hoelang en wanneer aangeboden? Deze onzekerheid wordt veroorzaakt doordat hulpverleners een eigen niveau van ervaring en bekwaamheid hebben (McLaughlin 1996; Noon et al., 2003). Maar ook doordat capaciteit kan uitvallen door bijvoorbeeld verzuim.

Een derde vorm van onzekerheid is het dienstverleningsproces zelf. Hiermee wordt bedoeld of het ontworpen proces ook daadwerkelijk gevolgd wordt (Bertrand, Wortmann & Wijngaard, 1990; Van Merode et al., 2004). Met andere woorden, of richtlijnen binnen de RIAGG ook daadwerkelijk worden opgevolgd.

Uit het doelmatigheidsonderzoek van 1998 blijkt dat de RIAGGs onderling verschillen in distributie-elementen als het aantal ontvangen contacten van cliënten (Cox et al., 1998). Deze variatie tussen RIAGGs toont aan dat de RIAGGs verschillen in de aanwezige vraag en/of aanbod.

Ondanks dat onzekerheid een negatieve invloed kan hebben op het proces en de uitkomsten van het proces, is een totale verwijdering van onzekerheid niet gewenst en ook niet mogelijk. Een RIAGG heeft namelijk altijd te maken met variabiliteit en toevalligheid. Echter, vaak is er ook sprake van variatie die wel te voorkomen is en gereduceerd kan worden door procesherontwerp (McLaughlin, 1996). Een voorbeeld van procesherontwerp is de vorming van homogenere doelgroepen voor een zorgproces en de ontwikkeling van gestandaardiseerde zorgprocessen.

Processen voor homogene doelgroepen hebben minder te maken met onzekerheid van vraag dan processen voor heterogene doelgroepen. Homogeniteit betreft de prestaties van een proces zoals gelijke criteria voor urgentie en gelijke criteria voor acceptabele wachtlijsten. Homogeniteit kan echter ook gaan over het zorgproces als cliënten in een zorgproces dezelfde samenstelling van middelen gebruiken. Het is namelijk zo dat als een proces op een doelgroep gericht wordt die dezelfde gemeenschappelijk karakteristieken hebben, variatie en daarmee onzekerheid in vraag en aanbod vermindert (Van Merode et al., 2004; Van Merode, Groothuis & Hasman, 2004; Walley et al., 2006).

En andere vorm van herontwerp waarbij variatie en onzekerheid wordt vermindert, is het standaardiseren van processen. Daarom moet bij herontwerpen van processen door de RIAGG standaardisatie serieus worden overwogen. Het belang hiervan en de mogelijke toepassingen lichten we in de volgende paragraaf toe.

### ***3.2.1 Standaardisatie***

Standaardisatie betekent dat het soort activiteiten, de taken van hulpverleners, verantwoordelijkheden van hulpverleners, de duur van het zorgproces en de frequentie van de activiteiten van een proces worden beschreven. Echter, of en welke vorm van standaardisatie mogelijk is, hangt af van het type aandoening, type behandeling, omvang van de cliëntengroep en het type capaciteit dat nodig is (Van Merode, 2006). In een RIAGG zijn niet alle parameters van te voren bekend. Cliënten kunnen verschillen en er is sprake van toevalligheden en onverwachte situaties. Niettemin, een grotere planbaarheid van zorgprocessen ontstaat door daar waar mogelijk zorgprocessen, de diagnose en de behandeling te standaardiseren.

Bepaalde parameters van een proces, als bijvoorbeeld het gemiddelde aantal contacten, de frequentie van contacten en de gewenste discipline van de hulpverlener, kunnen worden beschreven in richtlijnen voor het zorgproces. Daarbij kunnen ook afspraken over wanneer een cliënt door te verwijzen of de behandeling af te sluiten gemaakt worden. Maar omdat de RIAGG te maken heeft met variabiliteit en toevalligheid kan een proces niet in zijn geheel worden gestandaardiseerd. Dus dienen de processen zodanig te worden beschreven dat de mogelijkheid blijft bestaan om van de standaarden af te wijken. Hulpverleners moeten daarbij nog wel flexibel kunnen reageren en hebben een bepaalde mate van flexibiliteit nodig bij het plannen van activiteiten (Van Merode et al., 2004). Naast variatiereductie, biedt standaardisatie van zorgprocessen mogelijkheden voor prestatiebeheersing.

### ***3.2.2 Prestatiebeheersing***

Voor de RIAGGs wordt het steeds belangrijker om te kunnen concurreren op prestaties. Daarom is het noodzakelijk om een zorgproces te kunnen sturen op het behalen van prestaties. Hiervoor dienen ten eerste het zorgproces en de bijbehorende doelstellingen te worden ontwikkeld. Het ontwerpen van een proces en het bepalen van de doelen is planning. Samen met beheersing van de gemaakte afspraken maakt planning onderdeel uit van het managementproces. Standaardisatie van processen maakt het mogelijk om processen te

plannen. Hierbij worden de activiteiten die nodig zijn om de doelen te behalen vastgelegd. Als blijkt dat de behaalde prestaties niet overeenkomen met de gestelde doelen, kunnen maatregelen worden genomen. Prestatiebeheersing maakt het daarmee mogelijk om variatie die te voorkomen is, als bijvoorbeeld onnodige variatie tussen hulpverleners door gebrek aan opleiding, te managen (McLaughlin, 1996). Een integraal beheersingssysteem waarbij informatie uit het proces teruggekoppeld wordt in de planning is hierbij wenselijk (Hofstede, 1981). In dat geval is de RIAGG in staat om de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraar na te kunnen komen. Omdat de uitkomst van een proces afhankelijk is van het proces zelf, maar ook van structuurkenmerken, is het van belang om structuur-, proces- en uitkomstindicatoren te definiëren. In bijlage 2 is een schematisch overzicht weergegeven van prestatie-indicatoren voor structuur-, proces- en uitkomstkenmerken.

Naast prestatiebeheersing, kan ook informatietechnologie bijdragen aan het managen van onzekerheid.

### ***3.2.3 Informatietechnologie***

Informatietechnologie (IT) kan effectief en doelmatig werken ondersteunen. IT kan als beslissing ondersteuning werken waarbij bewezen effectieve richtlijnen, als bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos instituut (Van Wamel, Takkenkamp, Meeuwissen, Voordouw & Verburg, 2005) in worden weergegeven. Op deze wijze ondersteunt IT het gebruik van bewezen effectieve protocollen waardoor de effectiviteit van de hulpverlening wordt beïnvloed (Drake et al., 2001; Van Merode et al., 2004). Bovendien kan IT als elektronisch patiënten dossier (EPD) ingezet worden.

Naast beslissingsondersteuning en EPD voor hulpverleners, kan IT ook ter ondersteuning van planning en beheersing van processen op verschillende niveaus (strategisch niveau tot het niveau van het plannen van primaire processen) dienen. Zorgprocessen kunnen door IT inzichtelijker worden voor de hulpverleners en managers met als gevolg dat de planbaarheid toeneemt. Bovendien draagt IT bij aan het verminderen van activiteiten die geen waarde toevoegen als transport van dossiers en onnodige administratieve processen. Echter, IT dat gebruikt wordt voor planning en beheersing, moet kunnen inspelen op de aanwezige variabiliteit en toevalligheid. Daarom moet IT ook korte termijn planning ondersteunen en een aanpassingsvermogen hebben (Baars & Van Merode, 2006).

### 3.3 Inflexibiliteit en reageren

Een RIAGG moet kunnen reageren op de werkelijke vraag naar capaciteit die zich aandient. Bij een onzeker aankomstpatroon van cliënten moeten hulpverleners en het proces hier flexibel op kunnen reageren (Bertrand et al., 1990; Noon et al., 2003). Een voorbeeld hiervan zijn crisiscontacten. Crisissen zijn niet te voorspellen en erg onzeker. Daarom moeten hulpverleners op elk gewenst moment beschikbaar kunnen zijn en over de benodigde vaardigheden beschikken.

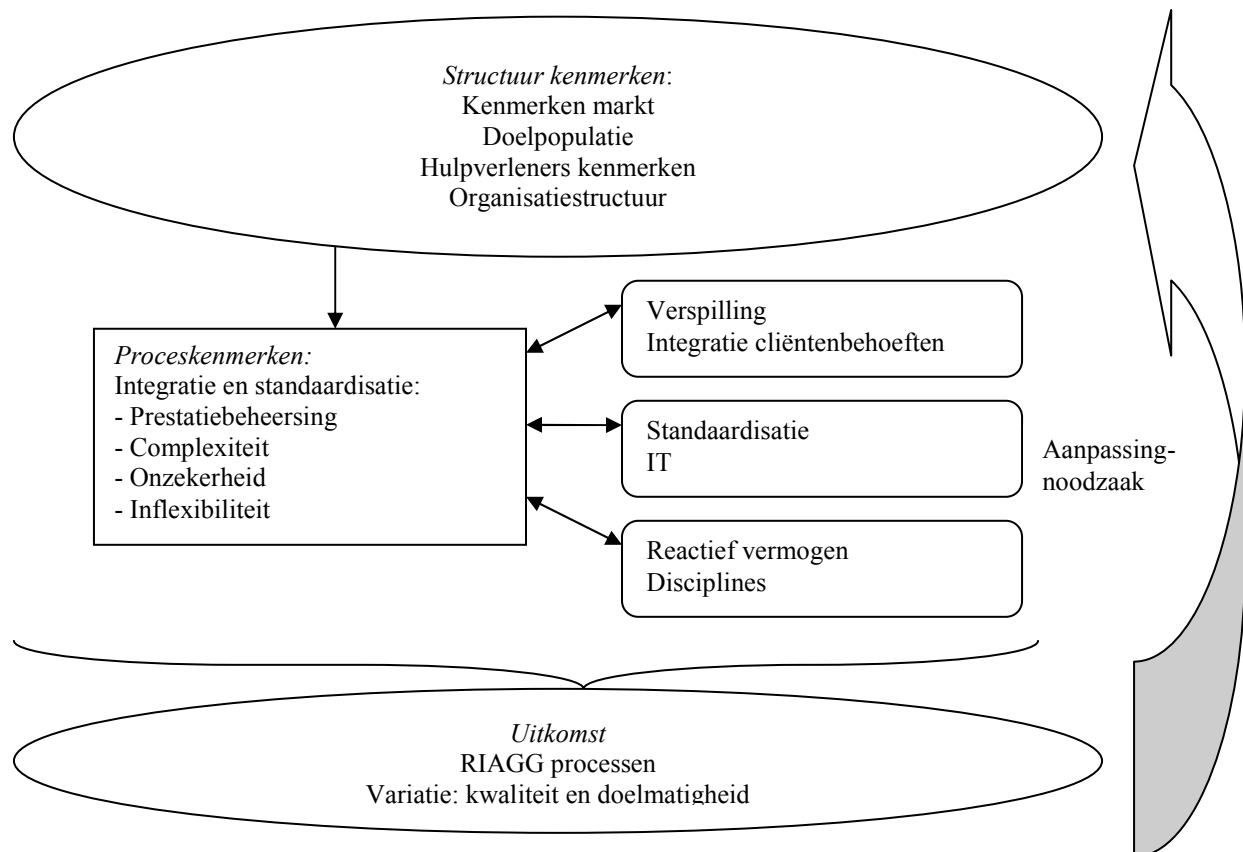
Inflexibiliteit betreft hulpverleners, financiën en middelen. Inflexibele hulpverleners kunnen niet ingezet worden als gevolg van te weinig of niet de goede opleiding, te weinig motivatie, wettelijke eisen en mate van specialisatie. Inflexibiliteit van middelen ontstaat als de benodigde middelen slechts beperkt kunnen worden gebruikt. En economische inflexibiliteit heeft betrekking op de kosten die gepaard gaan met veranderingen (Van Merode et al., 2004). Binnen de RIAGG is voornamelijk de flexibiliteit van hulpverleners van belang omdat vooral hulpverleners nodig zijn en in mindere mate medische/technische middelen. Als hulpverleners beschikken over meerdere vaardigheden hebben ze een groter reagerend vermogen op onverwachte situaties. Bovendien kan flexibiliteit in vaardigheden bijdragen aan de kwaliteit; het aantal hulpverleners dat een cliënt van de RIAGG ziet vermindert wanneer een hulpverlener meerdere vaardigheden heeft (Desombre, Kelliher, Macfarlane & Ozbilgin, 2006).

In een RIAGG zijn verscheidene zorgprocessen die verschillen in onzekerheid. Een mogelijkheid om met deze verschillende processen in één organisatie om te gaan is een zogenoemde ‘hybride’ organisatie. In een ‘hybride’ organisatie worden processen die verschillen in onzekerheid en complexiteit van elkaar gescheiden. (Van Merode et al., 2004; Walley et al., 2006).

### 3.4 Cliëntenintegratie, standaardisatie en prestatiebeheersing

Zoals blijkt uit dit hoofdstuk is de kwaliteit en doelmatigheid van een RIAGG optimaal wanneer de RIAGG een hoge mate van cliëntenintegratie kent. Daarbij dient de onzekerheid zo veel als mogelijk gereduceerd te worden. Standaardisatie van zorgprocessen en het gebruik van IT is hiervoor nodig. Als gevolg van het gebruik van beschreven, gestandaardiseerde, zorgprocessen kan het proces gemanaged worden en wordt prestatiebeheersing mogelijk. Als resultaat hiervan kan een RIAGG de prestaties van zorgprocessen continue meten en

eventueel maatregelen nemen om te zorgen dat de prestaties overeenkomen met de doelen. Bovendien vergemakkelijkt IT en standaardisatie ook de coördinatie van de processen. Onderstaande figuur 2 laat dit schematisch zien.



Figuur 2: onderzoeksmodel

### 3.5 Prestatie-indicatoren

Complexiteit, onzekerheid en flexibiliteit zijn geoperationaliseerd naar verschillende prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren hebben als uitgangspunt gediend voor het beschrijven en het beoordelen van de 'As Is' situatie. Tabel 1 geeft een compleet overzicht van prestatie-indicatoren die gebruikt kunnen worden om de complexiteit, onzekerheid en inflexibiliteit te beoordelen.



Tabel 1: prestatie-indicatoren

<b>Prestatie-indicatoren</b>
<b>Complexiteit</b> Kriskras stromen of continue stroom: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal verschillende afdelingen per cliënt</li> <li>- aantal verschillende hulpverleners per cliënt</li> <li>- volgorde van afdelingen / hulpverleners</li> <li>- aantal wachtmomenten</li> <li>- aanwezigheid van feedback mechanismen</li> <li>- aanwezigheid van “verspilling”</li> <li>- bezettingsgraad van hulpverleners</li> <li>- aanwezigheid van coördinatie mechanismen</li> </ul> Mono- / multidisciplinaire zorg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal verschillende discipline per cliënt</li> <li>- aantal verwijzingen per cliënt</li> </ul> Integratie van cliëntenbehoeften: <ul style="list-style-type: none"> <li>- op basis waarvan verschillende afdelingen onderscheiden</li> <li>- aanwezigheid van geïntegreerde afdelingen</li> <li>- gebruik van teams</li> </ul>
<b>Onzekerheid</b> Mate van onzekerheid in aanbod: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezigheid van (bewezen effectieve) richtlijnen</li> <li>- aanwezigheid van planning mechanisme</li> <li>- aanwezigheid van tijdshorizon</li> <li>- aanwezigheid van gedefinieerde verantwoordelijkheden</li> <li>- aanwezigheid van doelen voor een proces</li> <li>- gebruik van prestatie-metingen</li> <li>- variatie in aantal contacten per hulpverlener</li> </ul> Mate van onzekerheid in vraag: <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorspelbaarheid van uitkomsten/aanwezigheid registratie van uitkomsten</li> <li>- aankomstpatroon en aankomstvolume voorspelbaar</li> <li>- systeem voor planning afspraken aanwezig</li> <li>- homogeniteit van populatie:</li> </ul> Mate van onzekerheid in proces: <ul style="list-style-type: none"> <li>- daadwerkelijk gebruik van (bewezen effectieve) richtlijnen</li> <li>- aanwezigheid van IT ondersteuning voor planning en beheersing</li> </ul> Volume: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal (afgeronde) casussen</li> <li>- aantal (afgeronde) casussen met een andere als reguliere reden</li> </ul>
<b>Flexibiliteit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal verschillende disciplines aanwezig in een organisatie</li> <li>- mate van specialisatie van hulpverleners</li> <li>- aanwezigheid van protocollen en afwijkingsmogelijkheden</li> <li>- aanwezigheid van tweede orde feedback</li> </ul>
<b>Variatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- variatie in aantal contacten per cliënt</li> <li>- variatie in doorlooptijd per cliënt</li> <li>- variatie in frequentie van contacten per cliënt</li> </ul>

## 4. Methoden

Dit onderzoek is een meervoudig casus onderzoek. Verschillende processen in vier RIAGGs zijn bestudeerd waarbij van de proces verbeteringsmethodiek process mapping gebruik is gemaakt. Process mapping is een verbeteringsmethodiek waarbij eerst de huidige situatie (As Is) wordt beschreven en vervolgens de gewenste situatie (To Be).

### 4.1 Setting en onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is uitgevoerd in vier zelfstandige RIAGGs verdeeld over Nederland. We hebben gekozen om twee cliëntengroepen van volwassenenzorg (18 t/m 64 jaar) als casus te nemen. De eerste cliëntenpopulatie is cliënten met een depressieve stoornis (DSM IV codes: 296.2x ; 296.3x ; 300.4 ; 311.00). Deze cliëntenpopulatie is bij de RIAGGs korter dan een aaneengesloten periode van twee jaar in behandeling geweest over de periode 2003 en 2004. De tweede cliëntenpopulatie is de cliëntenpopulatie schizofrenie en andere psychotische stoornissen als eerste diagnose (DSM IV codes 295.xx ; 297.xx ; 298.xx) die langer dan twee jaar aaneengesloten in behandeling zijn geweest bij de RIAGGs. Hierbij zijn gegevens over het jaar 2003 en 2004 verzameld. Deze twee cliëntenpopulaties zijn gekozen vanwege het grote volume van de cliëntengroepen met deze diagnose in de RIAGGs. Daarnaast verschillen beide cliëntengroepen in complexiteit van de stoornis. Doordat er gebruik is gemaakt van DSM IV codes kunnen de resultaten tussen de RIAGGs vergeleken worden.

### 4.2 Beschrijven van de ‘As Is’ situatie

Om te komen tot de ‘As Is’ is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Deze verschillende methoden worden hier nader beschreven.

#### 4.2.1 Observaties en Interviews

De onderzoeker heeft verschillende overleggen van hulpverleners in de RIAGGs bijgewoond. Door deze observaties is een algemeen beeld verkregen van de processen binnen de RIAGGs. De resultaten van de observaties zijn gebruikt als input voor het ontwikkelen van een onderwerpenlijst voor semi-gestructureerde interviews. De verschillende interviews en

observaties hebben geresulteerd in stroomschema's en procesbeschrijvingen van beide cliëntengroepen, per RIAGG.

De semi-gestructureerde interviews zijn gehouden aan de hand van een onderwerpenlijst en varieerde van 30 minuten tot 60 minuten per interview. De onderwerpenlijst <sup>1</sup> is ontwikkeld aan de hand van literatuur over 'workflow' (Van der Aalst en Van Hee, 1997). Bij alle RIAGGs zijn managers en verschillende disciplines als Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (SPV), psychiaters en psychotherapeuten van de betreffende afdeling geïnterviewd (zie bijlage 3). De hulpverleners waren betrokken bij de geanalyseerde cliëntenprocessen en zijn in eerste instantie door de afdelingsmanagers aangewezen om deel te nemen. Via deze hulpverleners zijn vervolgens andere hulpverleners benaderd. Alle benaderde hulpverleners waren bereidwillig mee te werken.

De interviews zijn met behulp van audioapparatuur opgenomen en vervolgens uitgewerkt tot transcripten. De transcripten zijn vervolgens gelabeld aan de hand van de onderwerpen en per onderwerp uitgewerkt en verwerkt tot stroomschema's en procesbeschrijvingen.

Daarnaast is een projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers (beleid- en stafmedewerkers) van de RIAGGs en de onderzoekers, herhaaldelijk bij elkaar gekomen. Deze bijeenkomsten dienden als discussiebijeenkomst over de opzet van het onderzoek en de betekenis van de resultaten. Ook diende de bijeenkomsten als brainstorm over verklaringen en eventuele verbeteringen van de resultaten. Deze discussiebijeenkomsten zijn opgenomen op audioapparatuur waarvan vervolgens transcripten zijn gemaakt die zijn verwerkt op basis van de indicatoren zoals in tabel 1 beschreven. De opgestelde stroomschema's en procesbeschrijvingen zijn voorgelegd aan de hulpverleners en managers waarbij nodige aanpassingen zijn doorgevoerd.

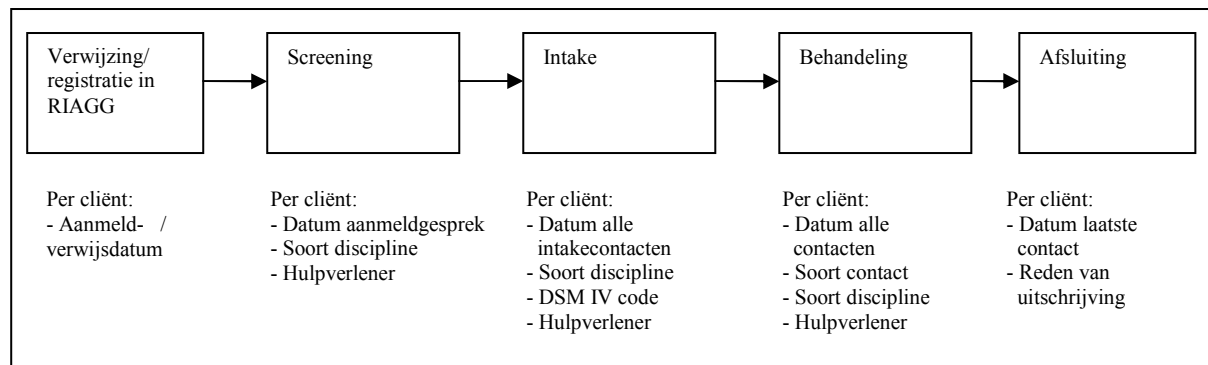
#### ***4.2.2 Kwantitatieve dataverzameling***

In dit onderzoek is bij de beschrijving van de 'As Is' situatie, naast de observaties en interviews, gebruik gemaakt van secundaire data uit bestaande registraties om het inzicht in de processen van beide cliëntengroepen te vergroten. Figuur 3 toont de verzamelde gegevens. Voor de vergelijkbaarheid van de data van de verschillende RIAGGs, is voor de verzameling en weergave van het soort contact de codes uit de tarieflijst 2004 geestelijke gezondheidszorg van het College Tarieven Gezondheidszorg gebruikt (www.ctg-zaio.nl, 2004). Op basis van deze codes registreren de RIAGGs de contacten. Elke code representeert een soort contact en

---

<sup>1</sup> Op aanvraag bij auteurs verkrijgbaar

is uniek in voorkomen. Het gebruik van deze lijst verhoogt de externe validiteit aangezien andere ambulante GGZ instellingen dezelfde tariefcodes dienen te gebruiken. De omschrijving van welke data op welke wijze verzameld moet worden, is in nauwe samenwerking met de projectgroep bepaald.



Figuur 3: verzamelde data

#### 4.3 'To Be': Indicatoren

Om te komen tot een 'To Be' situatie is de 'As Is' situatie geanalyseerd. Hierbij is de mate van cliëntenintegratie en standaardisatie onderzocht door de aanwezige onzekerheid, complexiteit en inflexibiliteit te bepalen. Tabel 1, waarin op basis van theoretische concepten prestatie-indicatoren zijn gedefinieerd, heeft hierbij als basis gediend. Deze zelfde indicatoren zijn ook gebruikt voor onderlinge vergelijkingen van de RIAGGs.

## 5. Hoe staan de RIAGGs ervoor?

In dit onderzoek zijn de huidige processen van vier RIAGGs beschreven. In de beschrijving van de resultaten is niet altijd een onderscheid gemaakt naar de twee cliëntenpopulaties. Waar een verschil bestaat in gegevens voor cliënten met een depressieve stoornis en voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen, worden deze expliciet weergegeven. Wanneer resultaten betrekking hebben op beide cliëntengroepen is dit verschil niet weergegeven.

De processen van RIAGG 2 zijn binnen dit onderzoek niet in kaart gebracht door middel van interviews. Hierdoor ontbreken een aantal gegevens over deze RIAGG. Wel zijn van deze RIAGG de kwantitatieve gegevens verzameld. Van RIAGG 1 zijn geen kwantitatieve gegevens over schizofrenie en andere psychotische stoornissen verzameld.

Voor de vergelijkbaarheid van de verschillende gegevens tussen de vier RIAGGs, is gebruik gemaakt van CTG codes. Echter, gedurende het onderzoek bleek dat de RIAGGs de definitie van CTG codes soms enigszins anders hanteren. Een voorbeeld is een F102 code dat een intake activiteit is. Maar het verschilt tussen de RIAGGs of een F102 inclusief het aanmeldingsgesprek, adviesgesprek en een follow-up gesprek (na behandeling) is.

### 5.1 Kenmerken van de RIAGGs

Dit onderzoek heeft zich geconcentreerd op volwassenenzorg en de cijfers die hier worden besproken hebben dan ook betrekking op deze populatie.

Tabel 2: aantal cliënten en aantal contacten van de onderzochte populatie depressieve stoornissen en schizofrenie en overige psychotische stoornissen

	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4
Aantal cliënten depressieve stoornissen uitgeschreven in 2004:	165	97	287	88
Aantal contacten depressieve stoornissen over 2003 en 2004:	1432	1176	4107	1066
Aantal cliënten schizofrenie over 2003*	-	49	166	156
Aantal contacten schizofrenie over 2003*	-	903	2538	2775

\* Cliënten zijn voor 2003 ingeschreven en behandeld in 2003

### **5.1.1 Aanwezige afdelingen**

Alle vier de RIAGGs bieden hulp aan cliënten met tweedelijns psychiatrische en/of psychosociale problematiek van verschillende leeftijden. De RIAGGs hebben hierbij verschillende afdelingen die zich richten op verschillende leeftijden (bijvoorbeeld: ouderen, volwassenen, jeugd), preventie en de ‘voordeur’ waar cliënten binnenkomen. De leeftijdsgrenzen van de verschillende afdelingen zijn niet voor alle RIAGGs gelijk. Voor dit verschil is binnen dit onderzoek gecorrigeerd door in de dataverzameling leeftijdsgrenzen van de cliënten aan te geven (18 t/m 64 jaar). Een schematisch overzicht van de organisatie van de vier RIAGGs is in bijlage 4 weergegeven.

De RIAGGs hebben binnen de afdeling volwassenenzorg vaak een nader onderscheid gemaakt. Over het algemeen zijn er hoofdzakelijk twee afdelingen of teams/secties voor volwassenenzorg. De eerste afdeling richt zich op psychotherapeutische en in principe een behandelgericht en korter dan twee jaar durende behandeling. De tweede afdeling richt zich meer op langdurigere en vaak sociaal psychiatrische problematiek. Deze laatste afdeling heeft binnen RIAGG 4 een nader onderscheid naar bemoeizorg en binnen RIAGG 1 naar casemanagement. Naast dit onderscheid wordt door RIAGG 3 binnen de afdeling volwassenenzorg kort nog een onderscheid gemaakt naar zogenaamde zorgprogramma's op basis van diagnoses (stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen). Andere RIAGGs (2 en 4) bieden hulpverlening in verschillende regio's en hebben daar ook hulpverleners aan toegewezen. Bovendien hebben alle RIAGGs een multidisciplinaire samenstelling van hulpverleners.

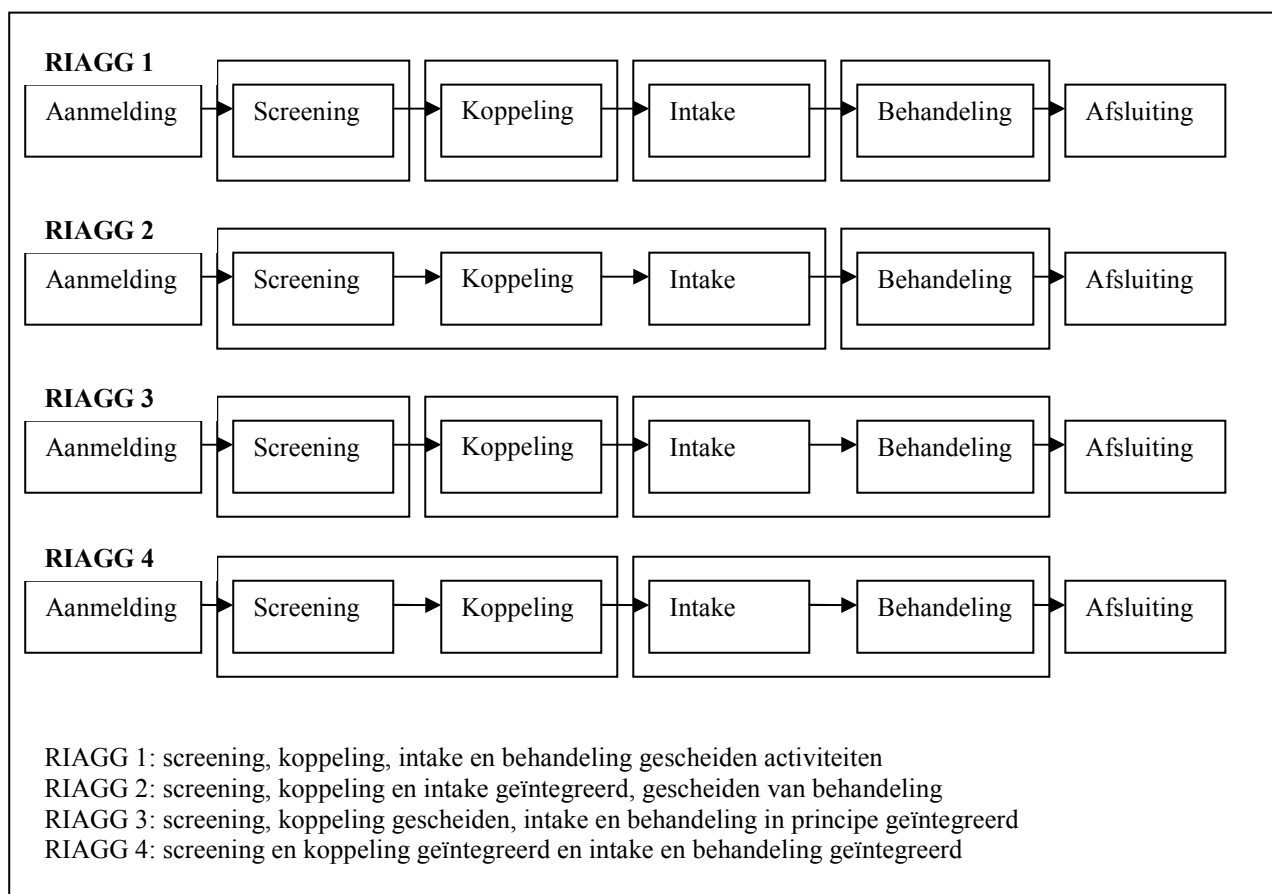
## **5.2 Complexiteit van coördinatie**

De wijze waarop de zorgprocessen gecoördineerd worden is onderzocht door de wijze waarop cliënten door het proces stromen te beschrijven (paragraaf 5.2.1). We hebben hierbij vooral gekeken of de cliënt kriskras of continue door het proces stroomt en hoe cliëntenbehoeften zijn geïntegreerd in het proces (paragraaf 5.2.2). Daarnaast is bepaald of er sprake is van verspilling in het zorgproces (paragraaf 5.2.3).

### 5.2.1 Procesbeschrijving

Het basis zorgproces bestaat uit de activiteiten: aanmelding van een cliënt, screening op basis waarvan een cliënt met een hulpverlener wordt gekoppeld, intake, behandeling en afsluiting van het traject (figuur 4). Echter de wijze waarop deze activiteiten binnen de RIAGG verder zijn georganiseerd verschilt. In figuur 4 is aangegeven welke activiteiten met elkaar zijn geïntegreerd en door dezelfde hulpverlener of afdeling plaats vinden. Activiteiten die met elkaar zijn geïntegreerd staan hierbij in dezelfde rechthoek.

Het verschil tussen de RIAGGs betreft voornamelijk de discipline die een bepaalde activiteit uitvoert. Zo kan in RIAGG 1 een aanmeldingsgesprek van 20 minuten 1 gehouden worden door alle aanwezige disciplines. Binnen RIAGG 4 wordt expliciet gekozen voor hoogopgeleide senior medewerkers en duurt een aanmeldingsgesprek 60 minuten. Daarnaast verschilt de plaats van de intake; deze kan plaats vinden binnen de afdeling voordeur of binnen één van de afdelingen van volwassenenzorg. Verdere details over de plaats van aanmelding, koppeling van hulpverlener en cliënt, intake en advies gesprek zijn terug te vinden in de schema's in bijlage 5.



Figuur 4: activiteiten RIAGGs

Binnen de RIAGGs zijn vaak teams gevormd die gespecialiseerd zijn in een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld autisme, ADHD of eetstoornissen. Binnen RIAGG 1 heeft de vorming van dergelijke groepen van hulpverleners spontaan en bottom-up plaats gevonden. Hulpverleners vormen in deze RIAGG een groep op basis van een stoornis of op basis van een gemeenschappelijke methode van werken (bijvoorbeeld CGT). RIAGG 3 heeft binnen volwassenenzorg kort hulpverleners toegewezen aan een zorgprogramma. Binnen de zorgprogramma's zijn modules (bijvoorbeeld CGT, IPT, farmacotherapie) waaraan de hulpverleners zijn toegewezen. RIAGG 4 heeft binnen volwassenenzorg verschillende aandachtsteams voor specifieke zorg als het autismepoli en transculturele team.

### 5.2.2 Cliëntenintegratie: kriskras of continue?

De stroom van een cliënt door het zorgproces is bepaald door het aantal contacten met verschillende medewerkers en/of afdeling. Het aantal afdelingen en het aantal verschillende hulpverleners waar een cliënt met een depressieve stoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen mee te maken krijgt verschilt per RIAGG zoals weergegeven in tabel 3 en 4.

Tabel 3: aantal hulpverleners per cliënt met een depressieve stoornis over 2003 en 2004

Aantal hulpverleners	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4 (disciplines) <sup>1</sup>
Gem. ± SD	3,2±2,2	2,8±1,5	2,8±1	1±0,1
Range	1-17	1-8	1-8	1-2

1: geen gegevens over individuele hulpverleners, alleen de hoofdbehandelaar is in de data weergegeven

Binnen RIAGG 1 kunnen verschillende hulpverleners aanmeldingsgesprekken houden waarna vervolgens de intake door andere hulpverleners wordt gedaan. Daarna kan de behandeling uitgevoerd worden door een andere hulpverlener. De koppeling van een hulpverlener aan een cliënt wordt gedaan door een apart team na de aanmelding. Veel cliënten krijgen dus met minstens drie hulpverleners te maken waarvoor verschillende overdrachtmomenten nodig zijn.



Tabel 4: aantal hulpverleners per cliënt met schizofrenie of een andere psychotische stoornissen over 2003

Aantal hulpverleners	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4 (disciplines) <sup>1</sup>
Gemiddeld ± SD	X	3,2±1,6	2,5 ±2,5	X
Range	X	1-7	1-8	X

1: geen gegevens over individuele hulpverleners, alleen de hoofdbehandelaar is in de data weergegeven

In RIAGG 1 gaan zowel cliënt en informatie kriskras door de organisatie. In RIAGG 2 vindt de aanmelding en intake plaats binnen één team waarna de cliënt naar een behandelteam wordt verwezen. RIAGG 3 heeft een team voor de aanmelding. Na de aanmelding wordt de cliënt naar een coördinator van een afdeling of zorgprogramma verwezen en wordt een geschikte intaker voor de cliënt gezocht. Deze intaker hoeft niet persé de behandelaar te zijn, al wordt dit in de meeste gevallen wel nagestreefd. RIAGG 4 streeft ernaar om de intake en behandeling door één hulpverlener uit te laten voeren zodat de intake en behandeling één vloeiend proces is waardoor minder overdracht nodig is en kriskras stromen worden beperkt.

### 5.2.3 “Verspilling”

In dit onderzoek zijn activiteiten van de processen die niet direct waarde toevoegen, zoals wachten, overproductie, beweging, transport, verwerking, voorraad en fouten (‘verspilling’) bepaald (tabel 5). We bespreken hier de meest opvallende resultaten.

Verschillen in de procesorganisatie bepalen het aantal wachtmomenten van de RIAGGs. RIAGG 1 heeft de meeste wachtmomenten voor cliënten. Er bestaat een kans op wachten na aanmelding, intake en behandeling doordat deze activiteiten van elkaar zijn gescheiden en hierdoor andere hulpverleners vereisen. Daarnaast ontstaat in deze RIAGG overproductie (extra onnodige activiteiten) omdat hulpverleners in de wachttijd tussen de intake en de behandeling vaker een tussentijdse oplossing zoeken. Deze vorm van overproductie is niet terug te vinden in de kwantitatieve data omdat deze tussentijdse contacten binnen de RIAGG ook geregistreerd zijn als contact. Hierdoor kunnen de gegevens over de wachttijd tussen de intake en de behandeling enigszins zijn vertekend omdat wachttijd de tijd tussen een intake en een activiteit die ter overbrugging is uitgevoerd weergeeft. Daarnaast heeft RIAGG 1 veel ‘verkeerde’ cliënten binnen een afdeling vergeleken met de doelstelling van die afdeling. Binnen de afdeling psychotherapeutische zorg worden cliënten met sociaal psychiatrische problematiek geholpen terwijl deze bij de afdeling psychiatrie geholpen horen te worden. En

binnen de afdeling waar cliënten met sociaal psychiatrische problematiek en een langdurigere hulpvraag geholpen kunnen worden, heeft 42% van de onderzochte contacten van cliënten met een depressieve stoornis plaats gevonden terwijl deze hier in principe niet thuis horen.

RIAGG 4 heeft veel beslismomenten bij het proces voor depressieve stoornissen. Bij deze beslismomenten zijn meerdere personen betrokken omdat beslissingen vooral in multidisciplinaire overlegvormen worden genomen. Bovendien wordt één afspraak ongeveer vijf keer genoteerd (op dagstaat, door hulpverlener voor secretariaat, door secretariaat, in eigen agenda van hulpverlener, en afsprakenkaartje voor cliënt).

Het schrijven van verslagen is inhoudelijk geen ‘verspilling’. Echter, uit de interviews blijkt dat er verschil bestaat in hoe uitgebreid een verslag geschreven wordt en hoeveel tijd verschillende hulpverleners daarvoor nodig hebben. Het schrijven van onnodig lange verslagen, maar nog meer het invullen van allerlei formulieren dient daarom zoveel mogelijk voorkomen te worden en wordt daarom in dit onderzoek als ‘verspilling’ aangegeven.

### **5.3 Onzekerheid en mate van standaardisatie**

Onzekerheid en variatie in de vraag (paragraaf 5.3.1), het aanbod (paragraaf 5.3.2) en het proces zelf (paragraaf 5.3.3) zijn van invloed op de doelmatigheid van het proces.

Distributiegegevens als het aantal ontvangen contacten en de doorlooptijd van cliënten tonen variatie in beide cliëntenpopulaties en tussen de RIAGGs onderling. De gegevens van de verschillende RIAGGs worden gepresenteerd in de tabellen 6 t/m 13.

Tabel 5: meest voorkomende ‘verspilling’ in de RIAGGs

	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4
<i>Overproductie</i>				
Extra activiteiten om wachttijd te verkorten	+	-	-	-
Kans op het dubbel vragen van informatie	+	+	+	+
Patiëntenbeslissingen in multidisciplinair staf	-	?	-	+
<i>Transport</i>				
Van patiëntendossiers	+	+	-	+
<i>Beweging van hulpverleners en patiënten</i>				
Om patiëntendossiers te halen	+	+	-	+
Om te zoeken naar ruimtes	-	?	+	-
<i>Wachten</i>				
Voor screening	+	+	+	+
Voor intake	+	+	+	-
Voor behandeling	+	-	±	+
<i>Verwerking</i>				
Inschrijven voor patiëntenoverleg	+	-	-	-
Het noteren van afspraken in agenda's	±	?	-	+
<i>Fouten</i>				
Verkeerde matching van patiënten en hulpverleners	+	?	±	?

- = niet als zodanig geconstateerd

? = niet bepaald

### 5.3.1 Onzekerheid in vraag

In deze paragraaf wordt eerst het aantal contacten en doorlooptijd van cliënten met een depressieve stoornis beschreven en vervolgens die van schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

#### Contacten depressieve stoornissen

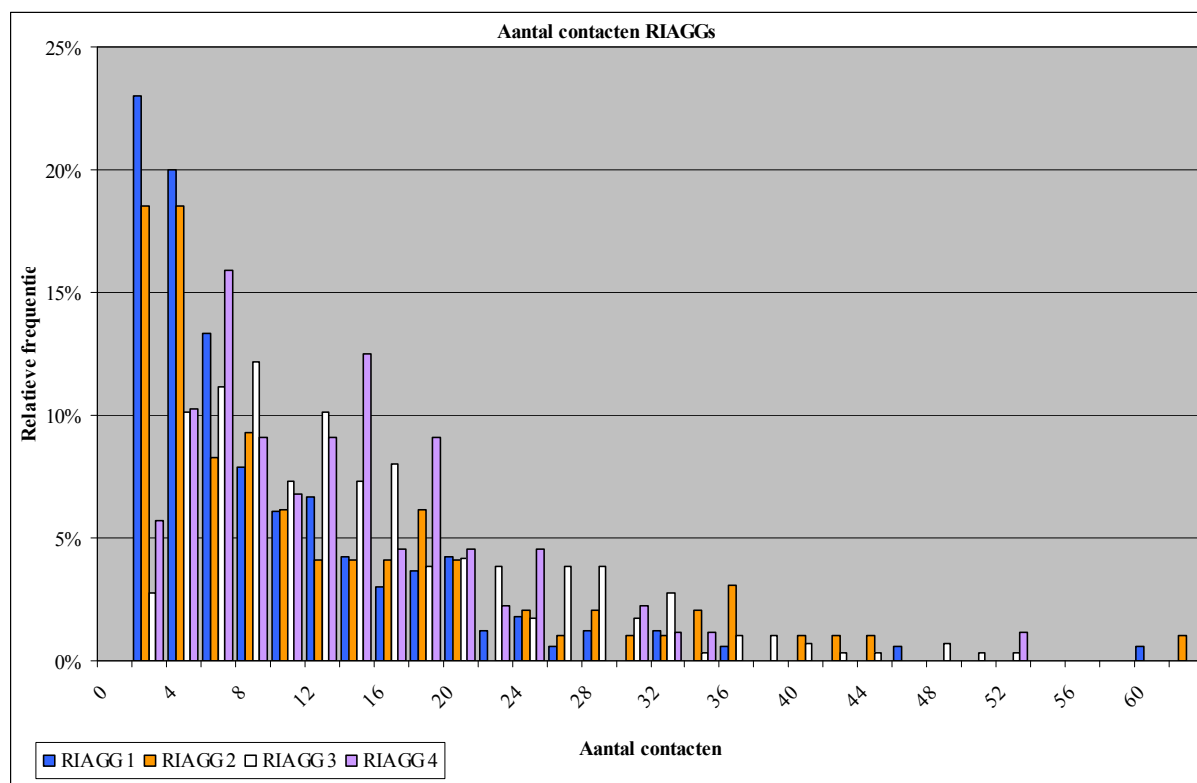
Tabel 6 geeft het aantal contacten van cliënten met een depressieve stoornis weer. Deze gegevens gaan over alle cliënten, dus ook cliënten waarvan de behandeling gestopt is anders dan met een reguliere beëindigingreden. Van drie RIAGGs waarvan de beëindigingreden in de data is weergegeven is het aantal contacten van de cliënten die een reguliere beëindiging van de behandeling hebben gehad bepaald. Door het uitsluiten van cliënten met een andere dan reguliere beëindiging van de behandeling veranderen de gegevens met betrekking het aantal contacten wel enigszins, maar de aanwezige variatie in het aantal ontvangen contacten van cliënten blijft aanwezig.

Tabel 6: aantal contacten van alle cliënten en van alleen die cliënten met een reguliere afsluitingsreden met een depressieve stoornis

	RIAGG 1 <sup>1</sup>		RIAGG 2		RIAGG 3		RIAGG 4	
	Alle	Regulier	Alle	Regulier	Alle	Regulier	Alle	Regulier
Aantal cliënt	165	x	97	50	287	163	88	62
Gem. $\pm$ SD	8,7 $\pm$ 8,8	x	12,1 $\pm$ 12,9	10,6 $\pm$ 11,3	14,3 $\pm$ 10	16,2 $\pm$ 9,5	12,1 $\pm$ 8,5	13,3 $\pm$ 8,7
Var.coef.	1	x	1,1	1,1	0,7	0,6	0,7	0,7
Som	1432	x	1176	522	4107	2642	1066	824

1: bij deze RIAGG zitten veel cliënten in het bestand die alleen een crisis of alleen een intakecontact hebben gehad. Wanneer hiervoor gecorrigeerd wordt en deze cliënten uit de data wordt weggelaten is het gemiddelde 12,2  $\pm$  9,5

Figuur 5 geeft schematisch de verdeling van het aantal contacten van de RIAGGs weer. In bijlage 6 zijn figuren te vinden voor de afzonderlijke RIAGGs.



Figuur 5: schematische weergave van het aantal contacten depressie per RIAGG

### Intakecontacten

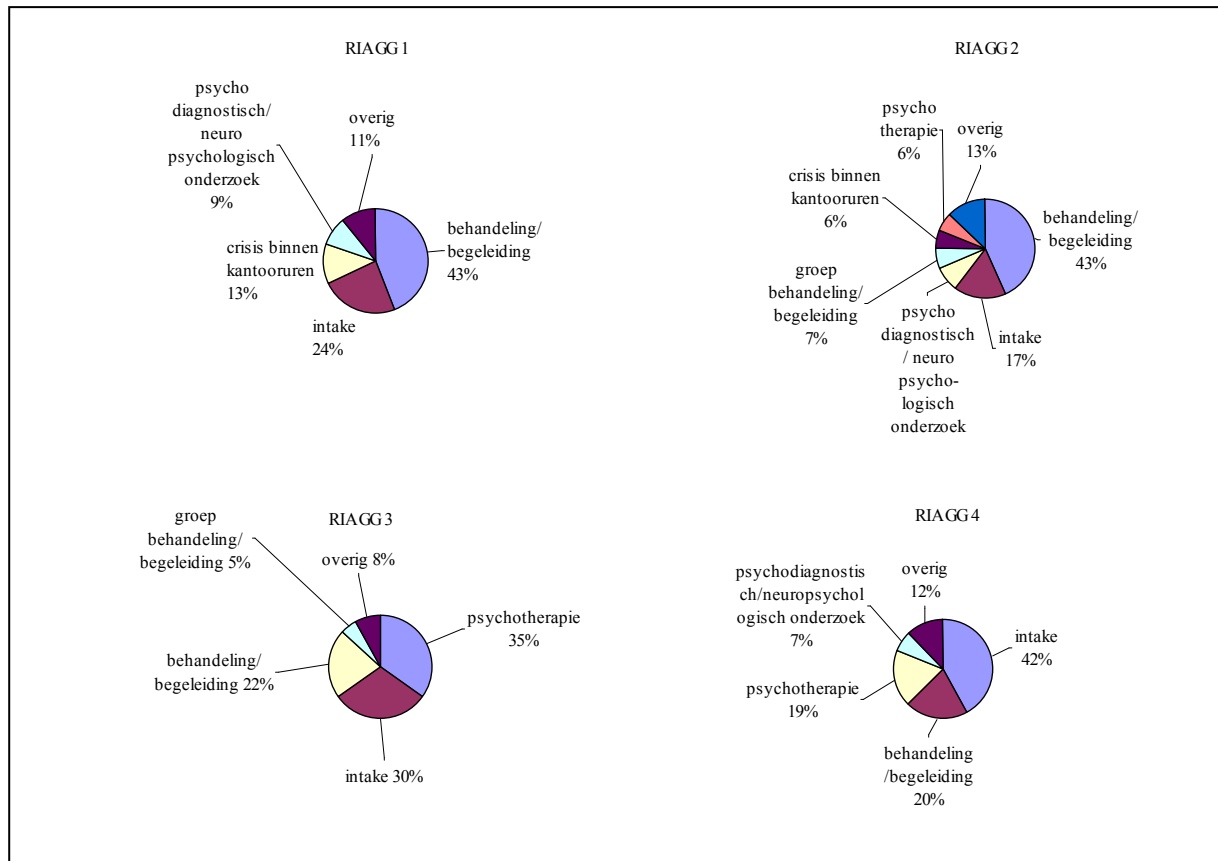
Uit de analyse van intakecontacten (tabel 7) blijkt dat binnen RIAGG 3 en RIAGG 4 cliënten met een depressie een relatief hoog aantal intakecontacten hebben gehad. RIAGG 3 maakt gebruik van een gestructureerde intake, de SCID-I, waarvoor extra contacten plaats vinden. RIAGG 4 heeft een hoog aantal intakecontacten, maar een relatief lage variatie. Een

verklaring hiervoor zoals gegeven door hulpverleners, is dat de intaker en de behandelaar in principe één persoon zijn. Hierdoor loopt de intake en behandeling in elkaar over en kan het hoge aantal intakecontacten een verklaring zijn voor de relatief lage variatie. Met andere woorden, een goede inschatting van het probleem kan voorkomen dat een hulpverlener er tijdens de behandeling achter komt dat je op het verkeerde spoor zit dat uiteindelijk tot meer contacten kan leiden. Daarnaast heeft een relatief klein gedeelte van de cliënten bij RIAGG 1 en 2 intakecontact ontvangen.

Tabel 7: intakegegevens van cliënten met een depressieve stoornis

<b>Intakegegevens depressieve stoornissen</b>	<b>RIAGG 1</b>	<b>RIAGG 2</b>	<b>RIAGG 3</b>	<b>RIAGG 4</b>
Aantal cliënten	132	73	286	86
% cliënten met een intake	80%	75%	99,6%	98%
Gem.± SD	2,6±1,44	2,7±1,72	4,3±2,17	5,2±2,8
Var. Coef.	0,55	0,64	0,51	0,54
Range	1-9	1-12	1-12	1-14
% intake t.o.v. alle contacten	24%	17%	30%	42%

Figuur 6 geeft de soort contacten die het meest zijn uitgevoerd in het zorgproces van een cliënt met een depressie weer. Hierbij valt op dat voor depressieve stoornissen bij RIAGG 1 en 2 hoofdzakelijk behandeling/begeleidingscontacten worden uitgevoerd en bij RIAGG 3 psychotherapiecontacten. Bij RIAGG 4 is, na de intake, het aantal psychotherapiecontacten en behandeling begeleidingscontacten ongeveer gelijk.



Figuur 6: het percentage van het soort contact dat is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal uitgevoerde contacten voor de cliënten met een depressieve stoornis

### Doorlooptijd

De doorlooptijd is het aantal dagen vanaf het eerste aanmeldingscontact tot en met de dag van het laatste geregistreerde contact van een cliënt. Uit tabel 8 blijkt dat cliënten van RIAGG 1 een korte doorlooptijd heeft. Echter, RIAGG 1 heeft ook een hoog percentage crisiscontacten en cliënten die alleen een intake hebben gehad. Wanneer deze cliënten niet worden meegenomen in de berekening, neemt de doorlooptijd toe. Voor alle RIAGGs geldt dat de helft van de cliënten een doorlooptijd heeft van minder dan een jaar en het gemiddelde ook minder dan een jaar is. Net als bij het aantal contacten varieert de doorlooptijd per RIAGG zoals blijkt uit de variatiecoëfficiënt en de verschillen tussen de RIAGGs.

Tabel 8: doorlooptijd van cliënten met een depressieve stoornis

<b>Doorlooptijd depressieve stoornis (in dagen) 2003-2004</b>	<b>RIAGG 1<sup>1</sup></b>	<b>RIAGG 2</b>	<b>RIAGG 3</b>	<b>RIAGG 4</b>
Aantal cliënten	164	97	287	88
Gem. $\pm$ SD	144 $\pm$ 148	177 $\pm$ 172	222 $\pm$ 127	213 $\pm$ 131
Var. Coef.	1,03	0,98	0,57	0,62
Mediaan	86	135	213	199
Range	1-646	1-860	1-666	8-542

1: wanneer die cliënten die alleen een intake, alleen een crisis of alleen intake+crisis hebben gehad, en die cliënten die maar 1 contact hebben gehad, niet worden meegenomen dan is het aantal cliënten 103, het gemiddelde 208  $\pm$  150, de variatie coëfficiënt 0,72.

### Frequentie en duur van contacten

De frequentie van de contacten bepaalt mede ook de doorlooptijd in combinatie met het aantal contacten. De frequentie van contacten is bepaald door het aantal dagen verschil tussen twee contacten te bepalen. Tabel 9 geeft het aantal dagen tussen opeenvolgende contacten weer.

Tabel 9: aantal dagen tussen contacten depressieve stoornissen.

<b>Aantal dagen tussen contacten 2003-2004</b>	<b>RIAGG 1</b>	<b>RIAGG 2</b>	<b>RIAGG 3</b>	<b>RIAGG 4</b>
Gem. $\pm$ SD aantal dagen totaal	18 $\pm$ 29	16 $\pm$ 30	17 $\pm$ 18	19 $\pm$ 23
Var.Coef.	1,6	1,9	1,1	1,2
Range	0-268	0-350	0-267	0-253
Gem. $\pm$ SD aantal dagen tussen intake en volgend contact	29 $\pm$ 47	25 $\pm$ 25	19 $\pm$ 43 <sup>2</sup>	24 $\pm$ 36
Var.Coef.	1,6	1	2,3	1,5
Range	0 <sup>1</sup> -223	1-162	3-325	0*-253

1: 0 komt voor bij cliënten die op één dag naast een intake een ander soort contact hebben gehad.

2: In deze RIAGG wordt voor follow-up contacten zelfde registratie als voor intake contactengebruikt. Hierdoor kan het aantal dagen tussen twee contacten erg hoog zijn.

### Uitgevoerde contacten Schizofrenie

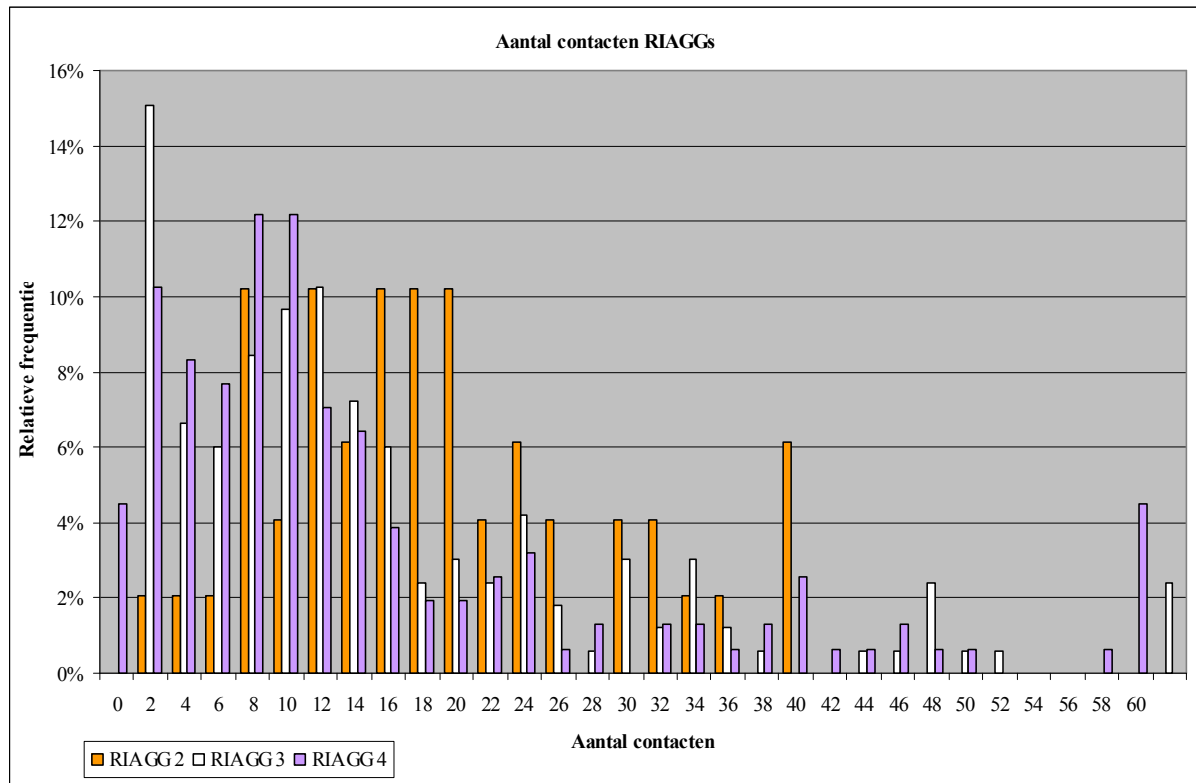
Tabel 10 toont het aantal contacten over het jaar 2003 van de cliënten met een schizofrenie stoornis die vóór 2003 ingeschreven waren. Omdat de data die verzameld is niet altijd afgesloten behandelingen betreffen, worden de gegevens over één jaar weergegeven.

Tabel 10: aantal contacten cliënten populatie schizofrenie en andere psychotische stoornissen

<b>Totaal aantal contacten<sup>1</sup></b>	<b>RIAGG 1</b>	<b>RIAGG 2</b>	<b>RIAGG 3</b>	<b>RIAGG 4</b>
Aantal cliënten	X	49	166	156
Gem. $\pm$ SD	X	18,4 $\pm$ 9,5	15,3 $\pm$ 14,2	17,8 $\pm$ 18
Var.Coef.	X	0,51	0,93	1
Range	X	2-40	1-71	1-110
Som aantal contacten	X	903	2538	2775

1: cliënten zijn voor 2003 ingeschreven, gegevens betreffen contacten over 2003

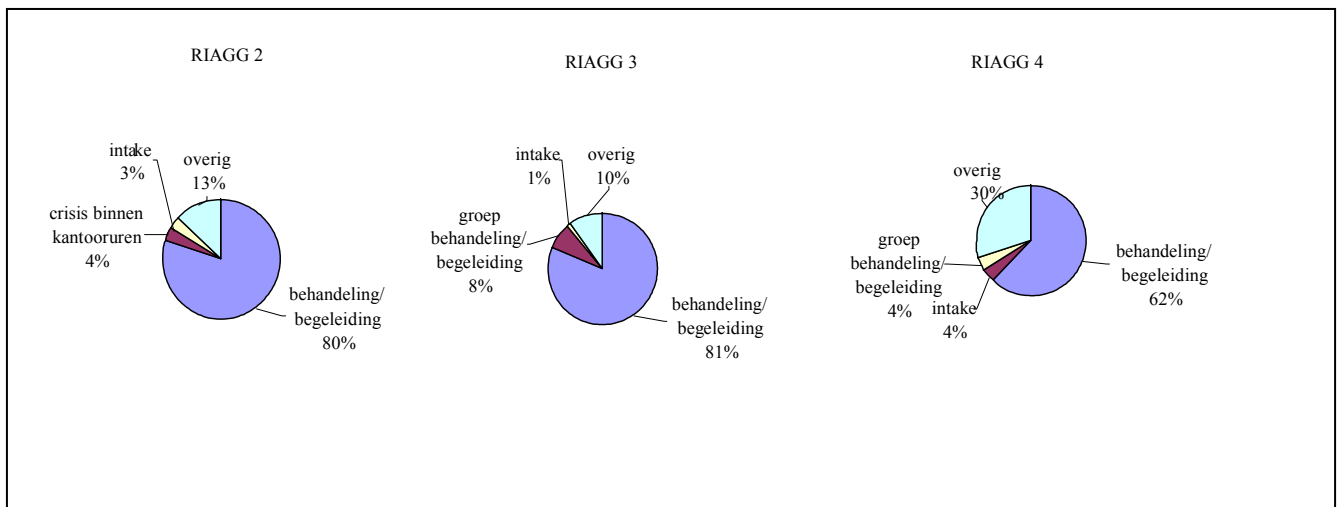
Voor de cliëntenpopulatie schizofrenie en andere psychotische stoornissen is hier niet het aantal intakecontacten weergegeven. Deze cliënten zijn voor 2003 ingeschreven en in dit onderzoek zijn de gegevens over een beperkt aantal jaren verzameld waardoor het aantal intakecontacten niet is bepaald. Figuur 7 geeft schematisch de verdeling van het aantal contacten weer. In bijlage 6 zijn figuren te vinden die de verdeling per RIAGG tonen.



Figuur 7: aantal contacten per RIAGG schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Figuur 8 geeft het soort contacten weer die per RIAGG zijn uitgevoerd. Binnen alle drie de RIAGGs zijn voor deze groep cliënten hoofdzakelijk behandeling-/begeleidingscontacten geweest.





Figuur 8: het percentage van het soort contact dat is uitgevoerd ten opzichte van het totaal aantal uitgevoerde contacten voor de cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis

### Doorlooptijd

De data van schizofrenie en andere psychotische stoornissen betreffen niet per definitie afgesloten behandelingen. Om die reden is de doorlooptijd van deze groep cliënten niet bepaald. Met andere woorden, de doorlooptijd zal voor veel cliënten twee jaar bedragen omdat dit de periode van de dataverzameling is. Maar in werkelijkheid is de doorlooptijd van deze groep cliënten meestal langer.

Tabel 11: tijd tussen contacten in dagen voor de cliënten met schizofrenie of andere psychotische stoornis 2003-2004

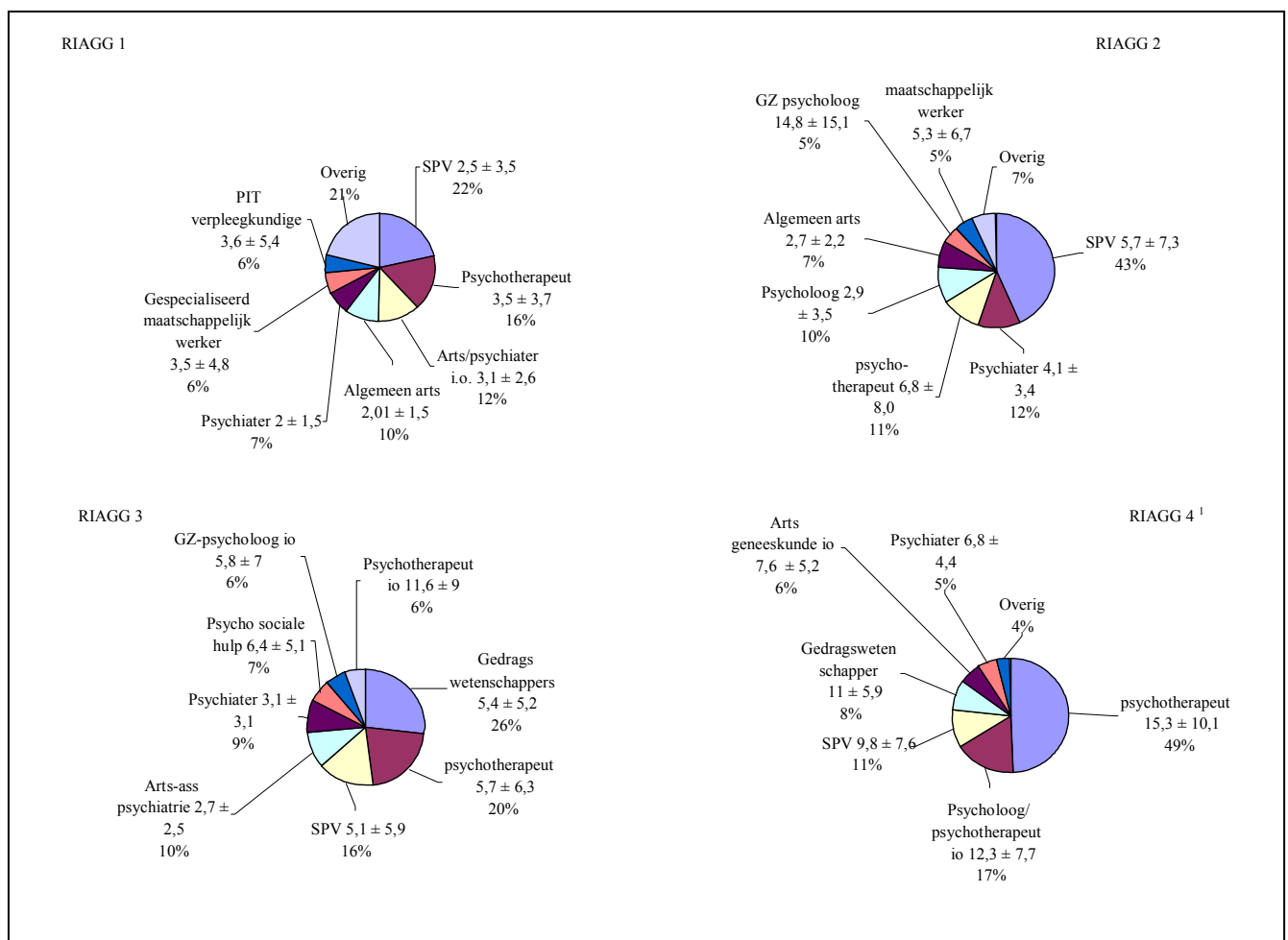
Aantal dagen tussen contacten	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4
Gem. ± SD	X	17±25	11 ±23	15±24
Var.coef.	X	1,5	2,1	1,6
Range	X	0-371	0-513	0-363

### ***5.3.2 As Is: Onzekerheid in het hulpverleningsaanbod en in het zorgproces***

Uit de interviews en observaties blijkt dat hulpverleners, ook met dezelfde discipline, onderling verschillen in de hulpverlening die ze aanbieden. Daarbij maken ze weinig tot geen gebruik van richtlijnen. De wijze van behandeling is vaak discipline afhankelijk maar ook, zoals blijkt uit onderstaand citaat van een hulpverlener (RIAGG 1), persoonsafhankelijk:

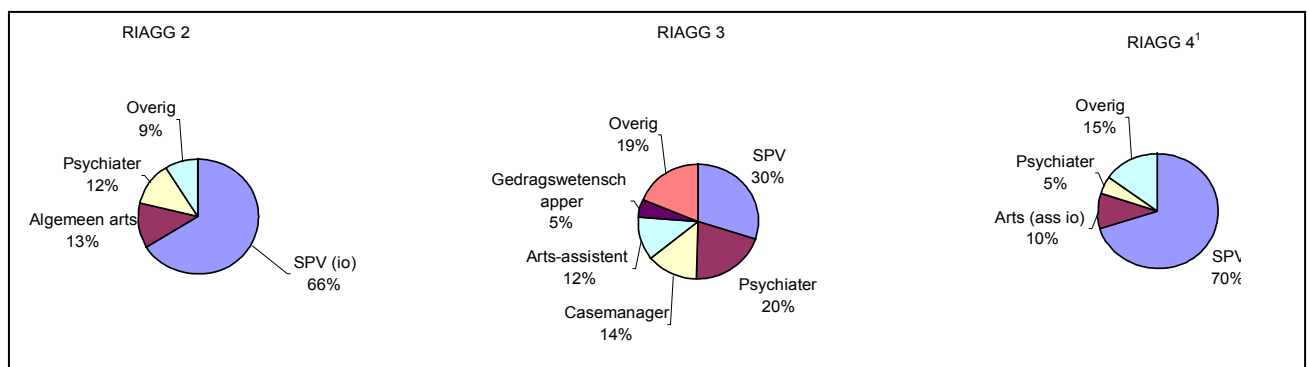
“Iedereen doet het op zijn eigen manier, maar ik ben wel iemand die geprotocolleerd werkt, maar dat is mijn eigen instelling denk ik, niet van de instelling”. Paragraaf 7.3.3 gaat nader in op gebruik van richtlijnen en protocollen.

Een andere maat van onzekerheid in hulpverleningsaanbod is het aantal contacten dat een bepaalde groep hulpverleners met dezelfde discipline gemiddeld heeft uitgevoerd (zie figuur 9). Deze gegevens moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien het per discipline is en niet de variatie per individuele hulpverlener. Het kan voorkomen dat individuele hulpverleners met dezelfde discipline wel onderling verschillen in verdere specialisatie als bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie. Bovendien kan het wel of niet uitvoeren van intakecontacten verschillen, maar ook kan er verschil zijn in de cliëntenpopulatie van een hulpverlener in bijvoorbeeld het voorkomen van andere dan reguliere beëindigingsredenen



Figuur 9: percentage aantal uitgevoerde contacten per discipline ten opzichte van het totaal aantal uitgevoerde contacten voor de cliënten met een depressieve stoornis  
1: alleen hoofdbehandelaar per cliënt weergegeven.

In figuur 9 is te zien dat binnen RIAGG 1 en 2 vooral SPV-ers en binnen RIAGG 3 en 4 psychotherapeuten/gedragswetenschappers een groot deel van de contacten hebben uitgevoerd. Dit uit zich ook in het soort contact zoals ook weergegeven in figuur 6. De cliëntengroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen hebben voornamelijk te maken met SPV-ers waarbij vaak een psychiater wordt ingezet (figuur 10). RIAGG 4 heeft in de verzamelde data alleen de hoofdbehandelaar weergegeven. Uit deze data blijkt dat een SPV-er in de meeste gevallen de hoofdbehandelaar is geweest.



Figuur 10: percentage aantal uitgevoerde contacten per discipline ten opzichte van het totaal aantal uitgevoerde contacten voor de cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis.

1: alleen hoofdbehandelaar per cliënt weergegeven.

### 5.3.3 As Is: Besluitvorming primair proces: aanwezigheid, opvolging en afwijking van richtlijnen

Binnen RIAGG 1 wordt geen gebruik gemaakt van beschreven richtlijnen voor de doorstroom van cliënten door het zorgproces. De hulpverleners stellen (in overleg met de cliënt) behandeldoelen. Maar, door het ontbreken van enige criteria of effectmaten, worden de doelen door de behandelaar soms als vaag beschouwd. Daarbij is terugkoppeling van resultaten van het primaire proces niet verplicht en ervaren de hulpverleners in RIAGG 1 onduidelijkheid over het zorgproces.

Een onderscheid in behandelduur dat door RIAGG 1 gemaakt wordt, is gelimiteerde en ongelimiteerde behandelingen. Maar naar het blijkt uit de interviews wordt deze scheiding niet altijd gehandhaafd en wordt op de handhaving nauwelijks gecontroleerd. Het volgende citaat gaat hierover: *“Als dat geïndiceerd wordt dan is dat vanuit het idee dat met 15 keer moet resultaat te behalen zijn. Als het goed is, maar zo strikt wordt er niet mee omgegaan. Bij het advies gesprek wordt 15 keer al genoemd, bij start ook, na 5 keer van zitten we op goede*

*spoor, na 10 keer we hebben nog maar 5 keer wat resteert ons nog te doen. Maar ik denk niet dat iedereen zo strak werkt... die 15 keer gelimiteerd wordt regelmatig verlengd”*

Zover als duidelijk is geworden uit de observaties maakt RIAGG 2 ook geen gebruik van een duidelijke richtlijn betreffende het gehele proces van een cliënt. RIAGG 2 maakt als enige RIAGG structureel gebruik van effectmetingen aan het einde van een behandeling van een cliënt.

Binnen RIAGG 3 verschilt het gebruik van richtlijnen tussen afdelingen. Voor de kortdurende zorg (in principe korter dan twee jaar) wordt een cliënt na de screening naar een zorgprogramma verwezen. In deze zorgprogramma's is in modules beschreven welke behandelingen (Cognitieve Gedragstherapie, Farmacotherapie, e.d.) binnen de RIAGG en binnen de afdeling volwassenenzorg kort, uitgevoerd kunnen worden. In de modules staat het soort contact, het aantal contacten dat voor die module geldt en in welke frequentie de contacten aangeboden dienen te worden. Wanneer hulpverleners in het aantal contacten van de richtlijnen willen afwijken, dient dit in het overleg van met hulpverleners van die module te worden besproken. In de RIAGG bestaat de indruk dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. De afwijkingen worden niet geregistreerd. Voor de langdurige zorg binnen de afdeling sociaal psychiatrische dienstverlening ontbreken richtlijnen over de voortgang van het primaire proces na de intake.

Binnen RIAGG 4 wordt een cliënt van volwassenenzorg na het aanmeldingsgesprek besproken in een multidisciplinair overleg en vervolgens naar een team of direct op naam van een hulpverlener verwezen. Daarna maakt RIAGG 4 geen gebruik van richtlijnen die het proces beschrijven. Elke beslissing betreffende de voortgang van een cliënt wordt in het multidisciplinaire overleg genomen en getoetst. In dit overleg worden ook per cliënt doelen gesteld op basis waarvan beslissingen over de voortgang van het zorgproces van de cliënt worden genomen.

Binnen de RIAGG 1,2 en 4 is het gebruik van bewezen effectieve richtlijnen en de inzet van een bepaalde behandeling vaak individueel afhankelijk. Binnen RIAGG 3 is voor de cliëntenpopulatie depressieve stoornissen, in richtlijnen beschreven dat bewezen effectieve behandelingen gebruikt dienen te worden.

Samenvattend gebruiken alle RIAGGs bepaalde criteria, al dan niet beschreven, op basis waarvan na een intake een cliënt een behandeling krijgt toegewezen. Echter, criteria om de voortgang te meten en beslissingen op te baseren, ontbreken. Vooral voor de schizofrenie cliënten wordt het ontbreken van criteria voor de ‘achterdeur’ als een probleem ervaren bij de

RIAGGs. Het volgende citaat van een manager verduidelijkt dit: *“Er worden wel behandeldoelen opgesteld. Maar geen criteria of normen op basis waarvan je het behandeltraject kan beoordelen. Van zijn we nou klaar of niet?”*

#### **5.3.4 Informatietechnologie**

RIAGG 3 maakt gebruik van elektronische agenda's en elektronische dossiers. In dit elektronisch patiënten dossier (EPD) systeem kan onder andere door hulpverleners en het secretariaat een 'to do' voor een ander worden aangemaakt. Het 'to do' systeem kan vergeleken worden met notities die voor het systeem via de postvakjes van hulpverleners verspreid werden. Doormiddel van de 'to do's' is geen fysieke beweging nodig voor informatieoverdracht. Daarnaast dient het systeem als agendabeheer en cliëntenregistratiesysteem. Ook kan management informatie over productie hieruit gehaald worden. Echter management informatie over het cliëntentraject kan op individueel hulpverlener niveau gegenereerd worden, maar wordt niet voor planning en beheersingsdoeleinden gebruikt. De overige RIAGGs hebben geen elektronische agenda's en cliëntendossiers. IT wordt verder als beslissingsondersteuning of planning en beheersingssysteem voor het primaire proces nauwelijks gebruikt. Paragraaf 5.5 gaat hier verder op in.

### **5.4 Flexibiliteit van hulpverlening**

Omdat de hulpverlening in een RIAGG voornamelijk bestaat uit face-to-face contacten waarbij het gebruik van middelen als technische apparaten minder van belang is, is vooral de mate van flexibiliteit van de hulpverleners in kaart gebracht. Het is onderzocht voor welke activiteiten hulpverleners worden ingezet, en daarbij de mate van specialisatie van de hulpverleners.

#### **5.4.1 Functionele flexibiliteit**

Alle RIAGGs hebben te maken met verschillende disciplines (figuur 8 & 9). De inzet van deze hulpverleners verschilt per RIAGG. Zo zet RIAGG 4 hoog opgeleide senior medewerkers in voor de aanmelding, terwijl RIAGG 1 hier voornamelijk SPV-ers inzet.

RIAGG 1 en 2 hebben een groep van hulpverleners voor de intakes van de gehele volwassenenzorg. Binnen RIAGG 3 en 4 kunnen alle hulpverleners van volwassenenzorg de intake verzorgen, zoals ook in paragraaf 7.2.2 naar voren is gekomen.

De hulpverleners van RIAGG 1,2 en 4 zijn inzetbaar voor verschillende diagnoses vanuit hun eigen discipline. In RIAGG 3 is de capaciteit van hulpverleners van volwassenenzorg kort gekoppeld aan één of meerdere modules binnen één of meerdere zorgprogramma's. Vaak hebben medewerkers extra affiniteit met een bepaalde diagnose of andere kenmerken als bijvoorbeeld geslacht of allochtone afkomst.

## **5.5 Zorgproces en planning en beheersing**

Zoals uit bovenstaande beschrijvingen blijkt, verschillen de RIAGGs onderling in procesorganisatie. Deze verschillen hebben invloed op, en worden mede bepaald door, het aanwezige planning- en beheersingssysteem. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre centraal wordt gepland, of er een overzicht is van de agenda's van de hulpverleners en of gebruik wordt gemaakt van informatietechnologie voor de planning.

### **5.5.1 Planning van activiteiten**

RIAGG 1 maakt gebruik van papieren agenda's. Het verschilt per hulpverlener en per secretariaat wie welke afspraken maakt. Hierdoor ontstaat vaak onduidelijkheid wie de afspraak plant, waardoor vervolgens fouten ontstaan zoals blijkt uit het volgende citaat: *“het is nu zo'n gedoe om überhaupt te weten wanneer iemand bezig is of niet. Iedereen probeert het wel heel goed, maar omdat er zoveel verschillende regeltjes zijn is het ook niet zo raar dat het misgaat en dat je af en toe iets kwijt bent of denkt van oh die moet ik nog uitnodigen terwijl normaal... en bij de ene afdeling wel en andere niet uitgenodigd”*.

Ook RIAGG 2 heeft geen elektronische agenda's of cliëntendossiers. RIAGG 3 maakt gebruik van elektronische agenda's en een elektronisch dossier systeem. De hulpverleners en het secretariaat hebben inzicht in de agenda's van de collega's en kunnen zo gemakkelijk afspraken met elkaar maken. De (vervolg) afspraken met cliënten maken de hulpverleners zelf.

Binnen RIAGG 4 is geen sprake van een planningssysteem waarbij overzicht bestaat in de agenda's van de verschillende hulpverleners waardoor het lastig is om afspraken te plannen met hulpverleners die op dat moment niet aanwezig zijn. Dit vereist veel dubbel werk.

Binnen RIAGG 3 is voor de zorgprogramma's een systeem om het primaire proces te bewaken door bij afwijking van het aantal contacten de hulpverlener dit te laten terug koppelen bij het team. RIAGG 4 heeft als beheersingssysteem dat elke individuele hulpverlener elke cliënt moet inbrengen in het overleg waar het primaire proces van elke cliënt inhoudelijk en op het aantal contacten beheerst wordt. RIAGG 1 ontbreekt een dergelijk systeem. Geen enkele RIAGG heeft een systeem waarbij meerdere prestatie-indicatoren worden gebruikt om de voortgang van het totale primaire proces te beheersen.

## 6. Discussie

Doelmatigheid en effectiviteit worden voor de RIAGGs steeds belangrijker. De nieuwe financieringsmethodiek, de mondigere cliënt, en benchmarkprogramma's zijn allemaal impulsen voor de RIAGGs om meer aandacht te besteden aan de procesorganisatie. Vier RIAGGs hebben door de Universiteit Maastricht een onderzoek laten uitvoeren waarbij het doel was: het formuleren van aanbevelingen voor de RIAGGs voor de verbetering van de zorgprocessen en zorgorganisatie waardoor een doelmatigere en effectievere hulpverlening wordt gerealiseerd.

In dit onderzoek is eerst de huidige situatie van de zorgprocessen voor de cliëntenpopulatie depressieve stoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen beschreven. Vervolgens is de huidige procesorganisatie geanalyseerd om te komen tot aanbevelingen voor een gewenste situatie. In de analyse is vooral aandacht gegeven aan de aanwezigheid van onzekerheid in het proces, de coördinatie van de activiteiten binnen een zorgproces en de mate waarin hulpverleners flexibel zijn. Daarbij is onderzocht of prestatiebeheersing toegepast wordt, dan wel zou kunnen worden, omdat deze vorm van beheersing mogelijkheden biedt om het proces te kunnen sturen naar vooraf gestelde doelen zoals van belang in de DBC-systematiek

Het aanbod en de vraag van het zorgproces is binnen alle vier de RIAGGs onzeker. Bovendien is ook de coördinatie van het zorgproces vaak complex. Echter, de wijze waarop de vier RIAGGs met de onzekerheid omgaan verschilt. Niet één RIAGG is in alle opzichten het 'meest optimaal'. Toch bestaan duidelijke verschillen in de procesorganisaties. Deze verschillen en overeenkomsten worden in bijlage 7 schematisch weergegeven en in dit hoofdstuk besproken.

### 6.1 Cliëntenintegratie

Binnen de onderzochte afdeling volwassenenzorg verschilt de organisatiestructuur tussen de RIAGGs. Zo maken alle RIAGGs een onderscheid in afdelingen/teams naar enerzijds kortdurende in principe behandelgericht zorg, en anderzijds een afdeling voor de langdurigere psychosociale problematiek. Wel bestaat een verschil in de zorgprocessen binnen deze twee afdelingen tussen de RIAGGs. Als voorbeeld nemen we RIAGG 3. RIAGG 3 heeft de



afdeling kortdurende zorg verder gesplitst naar zorgprogramma's gebaseerd op diagnose. De andere RIAGGs maken een dergelijk onderscheid niet. Hiermee is RIAGG 3 de enige RIAGG die voor de volwassenen zorg kort een procesgerichte benadering nastreeft. Echter, voor de langdurige zorgverlening is een dergelijke benadering ook in RIAGG 3 niet aanwezig.

De RIAGGs zijn doelgroep gericht met als doelgroepen de verschillende leeftijden en onderscheid naar lang en kortdurende behandelgericht hulpverlening. Binnen deze afdelingen zijn multidisciplinaire teams voor hulpverlening aan cliënten met verschillende hulpvragen. Het multidisciplinaire karakter doet vermoeden dat de behoeften van de cliënt als uitgangspunt kan worden genomen. Echter, het blijkt vaak dat de discipline van de hoofdbehandelaar bepalend is voor het aanbod. Bovendien heeft een cliënt vaak te maken met verschillende hulpverleners en afdelingen omdat een afdeling niet aan de gehele hulpvraag kan voldoen. De cliëntenbehoeften dienen hierdoor niet als uitgangspunt voor het proces waardoor in plaats van het cliëntenproces vaak toch de optimalisatie van de eigen afdeling centraal staat. De organisatiestructuur heeft dus invloed op de complexiteit van de coördinatie.

De verschillen in organisatiestructuur blijkt een factor te zijn die de complexiteit van coördinatie beïnvloedt zoals blijkt uit het verschil tussen RIAGG 1 en RIAGG 3. Binnen RIAGG 1 is de coördinatie van een proces een stuk complexer en is er minder continuïteit in de hulpverlening voor een cliënt als binnen RIAGG 3. Deze laatste maakt gebruik van richtlijnen voor de kortdurende, behandelgericht, hulpverlening.

Een tweede factor die de coördinatie van activiteiten bemoeilijkt, is de wijze waarop contacten gepland worden. Het plannen van de juiste hulpverlener op het juiste tijdstip bij de juiste cliënt is vaak complex door een gebrek aan een overzicht van de agenda's. Bovendien is er regelmatig (in bijvoorbeeld RIAGG 1) geen duidelijkheid over wie welke afspraken plant. Daarbij is de planbaarheid van zorgprocessen vaak laag.

Informatietechnologie kan planning vergemakkelijken zoals blijkt in RIAGG 3 waar IT gebruikt wordt voor het plannen van afspraken, het beheren van dossiers en het documentatie. Door het gebruik van elektronische agenda's en cliëntendossiers, is het proces beter planbaar en is bovendien minder beweging en transport van dossiers nodig. Dit draagt bij aan de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening (Womack & Jones 1996; Van Merode et al., 2004). IT biedt dus kansen om planning en coördinatie van het proces te ondersteunen. Dit leidt uiteindelijk tot een betere continuïteit van hulpverlening en doelmatigheid.

De complexiteit van zorgprocessen binnen de RIAGG kunnen worden verbeterd door onnodige activiteiten te reduceren. Voornamelijk beweging, transport en verwerking kan worden verminderd door het gebruik van IT en het stroomlijnen van de cliëntenprocessen. RIAGG 3 heeft diagnoses als uitgangspunt in de zorgprocessen voor depressieve stoornissen waardoor de behoeften van de cliënt als uitgangspunt dienen. Het stroomlijnen en beschrijven van processen heeft dus invloed op de coördinatie van de processen en wordt ten tijde van dit onderzoek te weinig toegepast.

## 6.2 Standaardisatie

Uit de resultaten blijkt dat het gebruik van richtlijnen en criteria voor het zorgproces waarbij het aantal contacten voor een cliënt is beschreven, resulteert in minder variatie in het aantal contacten.

In RIAGG 3 wordt het primaire proces van cliënten met een depressieve stoornis gepland beheerst door middel van de richtlijnen zoals in de zorgprogramma's omschreven. Hierbij worden een aantal indicatoren (als aantal contacten) gebruikt om de voortgang van een cliënt te bewaken. Echter, het gemiddelde aantal contacten is relatief hoog vergeleken met de andere RIAGGs ( $\pm 14$  t.o.v.  $\pm 12$ ) waarbij de contactduur niet korter is als in de andere RIAGGs. Dit kan deels worden verklaard door een gestandaardiseerde vorm van intake in RIAGG 3 waarbij meerdere contacten nodig zijn en het aantal intakecontacten relatief hoog is. Echter hiermee wordt niet alles verklaard. RIAGG 4 heeft ook een hoog aantal intakecontacten, maar een lager totaal aantal contacten. Een andere verklaring kan zijn dat vanwege de richtlijnen binnen de verschillende modules in RIAGG 3, hulpverleners eerder geneigd kunnen zijn zich hieraan te houden in plaats van individuele doelen te stellen die eventueel eerder behaald kunnen worden. Wat de invloed is op de effectiviteit van de hulpverlening is niet bekend.

In RIAGG 4 is net als in RIAGG 3 de variatie in het aantal contacten van depressieve cliënten relatief laag. Dit kan verklaard worden doordat RIAGG 4 voor alle cliënten in het overleg doelen stelt die vervolgens in dat overleg ook worden gecontroleerd. Dit brengt echter veel (onnodige) overlegmomenten met zich mee en maakt daarmee de coördinatie complex.

De relatief lage variatie kan het gevolg zijn van de planbaarheid en controle van zorgprocessen. Dit is gunstig aangezien variatie in vraag en aanbod onzekerheid veroorzaakt waardoor de kwaliteit, cliëntentevredenheid en wachtlijsten beïnvloed worden.

Voor cliënten met een schizofrene stoornis of overige psychotische stoornis ontbreekt het alle RIAGGs aan richtlijnen of duidelijke doelen op basis waarvan het zorgproces gepland en

beheerst kan worden. Ondanks dat de cliëntenpopulatie complex is en cliënten onderling kunnen verschillen, draagt ook het ontbreken van richtlijnen bij aan de hoge onzekerheid in het zorgproces.

Binnen de RIAGGs zijn de langdurige en complexe cliënten gescheiden van de kortdurende en in principe behandelgericht hulpverlening. Zo'n hybride organisatie waarbinnen de onzekere en complexe zorgvragen worden gescheiden van de minder onzekere en complexe zorgvragen, kan bijdragen aan de doelmatigheid van de RIAGGs omdat het mogelijk is de verschillende processen anders te plannen en beheersen, met gebruik van verschillende criteria en richtlijnen (Van Merode et al., 2004). De huidige manier van planning en beheersing in de RIAGGs wordt in paragraaf 6.2.2 beschreven.

### ***6.2.1 Reactief vermogen en functionele flexibiliteit***

Niet alle zorgprocessen kunnen gestandaardiseerd worden. Binnen het RIAGG is van te voren de vraag niet bekend en kunnen onverwachte situaties optreden. Totaal gestandaardiseerde processen kunnen daar niet mee omgaan. Daarom moet er een balans bestaan tussen standaardisatie en flexibiliteit van de zorgprocessen. In RIAGG 3 waar gebruik wordt gemaakt van richtlijnen, is ook nog flexibiliteit aanwezig. Hulpverleners kunnen afwijken van de richtlijnen, maar bij grote afwijkingen wordt dit wel overlegd. Deze flexibiliteit van de hulpverleners is van belang.

Omdat ook de omvang van de vraag niet van te voren bekend is, moet de RIAGG hier flexibel op kunnen reageren. Binnen alle RIAGGs zijn teams met aandachtsgebieden als bijvoorbeeld autisme, ADHD of allochtone cliënten, gevormd. Als bij een hoge toeloop de wachtlijsten voor een van de teams toeneemt, kan een RIAGG reageren door deze cliënten door hulpverleners buiten het team te laten behandelen. Zorgprogramma's zoals in RIAGG 3 zijn diagnose gericht. Als hulpverleners niet uitwisselbaar zijn, kan dit het reactief vermogen van een proces belemmeren. Binnen RIAGG 3 zijn hulpverleners meestal binnen meerdere zorgprogramma's werkzaam waardoor ze uitwisselbaar tussen deze zorgprogramma's kunnen zijn.

Daarnaast wordt het reactieve vermogen van hulpverleners bepaald door de wijze waarop de RIAGG kan reageren op onverwachte zaken als plotselinge drukte, of uitval van hulpverleners. Uit de resultaten blijkt dat in RIAGG 1 waar hulpverleners niet altijd flexibel inzetbaar voor verschillende taken in het proces als aanmelding, intake en behandeling, de continuïteit van hulpverleners bij een cliënt niet gegarandeerd is en veel wachtmomenten in

het proces aanwezig zijn. De kans op fouten door overdrachten neemt hiermee toe. RIAGG 2 heeft taken als screening en intake geïntegreerd en RIAGG 4 intake en behandeling. Deze integratie van taken vereist een hogere functionele flexibiliteit van de hulpverleners en resulteert in een betere continuïteit en minder overdracht. Daarmee kan functionele flexibiliteit bijdragen aan het reactieve vermogen en de kwaliteit van de hulpverlening (Desombre et al., 2006).

In RIAGG 1 vindt de screening plaats door verschillende disciplines. Daarbij zijn foutieve verwijzingen gesignaleerd. De screening is bepalend voor de verdere voortgang in het proces waardoor een goede screening kan voorkomen dat fouten in de verwijzing gemaakt worden. Daarom is een team van hoog opgeleide (senior) medewerkers, zoals in RIAGG 4, voor de screening aan te raden.

### ***6.2.2 Planning, beheersing en continue verbeteren***

Ten tijde van dit onderzoek past geen enkele RIAGG prestatiebeheersing toe op structuur, proces én uitkomst indicatoren. Het beheersen van processen op basis van distributiegegevens zoals reeds is aanbevolen in 1998 (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, 1998) vindt slechts plaats in één RIAGG (RIAGG 3) waar het aantal contacten op operationeel niveau beheerst wordt met behulp van richtlijnen.

Voor planning en beheersingsdoeleinden dient ten eerste een beschrijving aanwezig te zijn van de gewenste zorgprocessen. Met andere woorden, processen moeten voor een bepaalde mate gestandaardiseerd zijn om de planbaarheid te verhogen. Daarvoor dienen doelen gesteld te worden voor de structuur, proces en uitkomsten van het proces. De informatie over de uiteindelijke prestaties kunnen dan vergeleken worden met de doelen. Hierdoor kan de RIAGG integraal plannen en beheersen in één systeem. Echter, dit is in geen van de RIAGGs het geval. Voor de cliëntenpopulatie depressieve stoornissen bestaan bewezen effectieve behandelrichtlijnen. Maar, voor Schizofrenie en overige psychotische stoornissen wordt door de RIAGGs vaak benadrukt dat het niet alleen de diagnose is, maar ook sociale omstandigheden en persoonlijkheid wat voor een behandeling een cliënt baat bij heeft. Voor deze laatste groep is dan ook een ander beheersingssysteem nodig. Echter, ook voor deze groep cliënten is het van belang om van te voren proberen in te schatten hoe het zorgproces kan verlopen en om daarbij doelen te stellen die meetbaar zijn. Een experiment met de hypothese dat onnodige variatie op deze manier afneemt, is dan ook zeer interessant voor vervolgonderzoek.

### 6.3 Uitkomsten

Structurele effectmetingen ontbreken in drie van de vier RIAGGs (alleen RIAGG 2 gebruikt dit wel). Als gevolg hiervan is geen informatie over het effect van het proces op uitkomsten als kwaliteit van leven en gezondheidsstatus. Hierdoor kan dit gedeelte van de vraagstelling ook niet eenduidig beantwoord worden. Maar, de verschillen in cliëntenintegratie en standaardisatie leiden tot verschillen in uitkomsten als doorlooptijd en aantal contacten en de variatie hiertussen. Dit kan van invloed zijn op de doelmatigheid en effectiviteit. Vooral de wijze waarop een zorgproces gecoördineerd wordt, heeft invloed op de continuïteit van hulpverlening en op de doelmatigheid. Daarnaast verschilt de mate van voorspelbaarheid en planbaarheid van zorgprocessen door ander gebruik van richtlijnen. Deze onderlinge verschillen tonen aan dat procesorganisatie invloed heeft op de uitkomsten als doorlooptijd en aantal contacten en bovenal dat voor de RIAGGs doelmatigheidswinst en kwaliteitswinst te behalen is. Met andere woorden, de sturing op distributieaspecten als het gemiddelde aantal contacten per cliënt en de doorlooptijd wordt binnen de RIAGGs, net als blijkt uit het rapport van de commissie doelmatigheid uit 1998 (Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, 1998), nog steeds te weinig toegepast.

### 6.4 Methodologische discussie

Ondanks zorgvuldigheid in de omschrijving van de benodigde gegevens blijken toch verschillen te bestaan tussen de aangeleverde databestanden van de verschillende RIAGGs. Ook zijn niet altijd alle gevraagde variabelen te achterhalen in de aangeleverde data. Tijdens de gegevensverzameling is gebleken dat het niet voor alle RIAGGs mogelijk was om alle benodigde gegevens te verzamelen. Deels komt dit door gebrek aan betrouwbare registratie binnen de RIAGGs. Een andere reden is dat de gevraagde gegevens voor de RIAGGs niet gemakkelijk te verzamelen waren en het veel tijd zou kosten. Dit in een toch al zeer drukke periode met de voorbereiding voor de DBC-systematiek, heeft er toe geleid dat niet alle gegevens bij alle RIAGGs konden worden verzameld.

Om de betrouwbaarheid van de gegevens te vergroten is de dataverzameling in nauw overleg met de RIAGGs gedaan en heeft regelmatig terugkoppeling plaats gevonden. Echter, het een en ander is afhankelijk van de registratie van hulpverleners en dit kan per RIAGG en per

hulpverlener verschillen. Daarom kan soms de betrouwbaarheid van de gegevens enigszins worden betwijfeld.

De dataregistratie door de hulpverleners en het genereren van informatie heeft verbetering nodig binnen de meeste RIAGGs. Overzichten waarin het proces van een cliënt wordt weergegeven zijn vaak moeilijk te verkrijgen. Dit terwijl zulke overzichten inzicht geven in de processen binnen de RIAGGs. De distributiedata zijn nodig om te achterhalen wat er in een RIAGG gebeurt en hoe de processen van een cliënt verlopen. Een automatisch systeem zoals in RIAGG 3 is hierbij een eerste noodzakelijke stap.

Alle RIAGGs zijn met DBC-systematiek bezig en aan veranderingen onderhevig. Hierdoor waren de in kaart gebrachte processen vaak al verouderd op het moment dat ze gepresenteerd werden aan de RIAGG. Echter, de aanbevelingen die gedaan worden zijn voor alle RIAGGs nog van toepassing en kunnen bijdragen aan een verbetering in de doelmatigheid en kwaliteit van de hulpverlening.

#### ***6.4.1 Generaliseerbaarheid***

In dit onderzoek zijn zorgprocessen van slechts twee cliëntenpopulaties beschreven. Echter, binnen de RIAGGs wordt vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt in zorgprocessen binnen een afdeling tussen diagnoses zoals in dit onderzoek wel is gebeurd. Daarom geven de kwalitatieve procesbeschrijvingen een beeld weer die te generaliseren is naar de overige processen. De RIAGGs hebben vooral te maken met problemen op het gebied van continuïteit van hulpverlening, het gebruik van richtlijnen en coördinatie van het proces. De verwachting is dat andere ambulante GGZ instellingen met dezelfde soort problematiek te maken hebben waardoor de aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek ook generaliseerbaar zijn naar andere ambulante GGZ instellingen.

## 7. Conclusie en aanbevelingen

Zorgprocessen in de RIAGGs kunnen worden verbeterd. De zorgprocessen kennen veel onzekerheid en zijn vaak moeilijk te coördineren. Verschillende oorzaken zijn hiervoor aan te wijzen. Een van de oorzaken is het gebrek aan richtlijnen op basis waarvan beslissingen genomen kunnen worden over het te volgen zorgproces voor een cliënt. Daarnaast maken de verschillende schotten in het zorgproces coördinatie complex. Functionele flexibiliteit van hulpverleners wordt aangemoedigd om de continuïteit van hulpverlening te vergroten en daarmee ook de complexiteit van coördinatie te kunnen verlagen. Het gebruik van IT voor elektronische agenda's patiëntendossiers is aan te bevelen. Maar IT kan ook intensiever worden gebruikt om planning en beheersing van de zorgprocessen te ondersteunen. Geen RIAGG is met de situatie zoals deze tijdens dit onderzoek was in staat om de processen te plannen en beheersen op prestaties. Dit is voor de DBC-systematiek noodzakelijk aangezien transparantie in de prestaties noodzakelijk is, maar ook omdat managers een instrument moeten hebben die helpt om de gemaakte afspraken met zorgverzekeraars na te kunnen komen. Onderstaande aanbevelingen kunnen door ambulante GGZ-instellingen worden gebruikt om onzekerheid in zorgprocessen te verminderen, coördinatie te verbeteren en uiteindelijk tot een planning- en beheersingsmethode te komen.

### 7.1 Aanbevelingen

De vier RIAGGs verschillen in de huidige organisatiestructuur, procesorganisatie en uitkomsten van het proces. Echter, alle vier de RIAGGs kunnen de processen reorganiseren waarbij richtlijnen een grotere rol moeten gaan spelen, IT beter benut wordt en planning en beheersing meer nadruk krijgt. Daarom doen wij onderstaande algemene aanbevelingen om te komen tot optimalisatie van de processen binnen de RIAGGs, rekening houdend met de eisen die vanuit de DBC-systematiek gesteld worden. Figuur 15, aan het eind van dit hoofdstuk, geeft een schematisch overzicht van de verschillende aanbevelingen die hier besproken worden. In de aanbevelingen is als voorbeeld de procesorganisatie voor cliënten met een depressieve stoornis beschreven.

- Doelformulering en inrichting proces

In de DBC-systematiek worden afspraken gemaakt tussen de RIAGG en zorgverzekeraars. Deze afspraken gaan onder andere over de kwaliteit, prijs en volume van DBC hoofdgroepen als bijvoorbeeld depressie kortdurend (korter dan 250 minuten). Als een RIAGG zich wil profileren ten opzichten van andere GGZ aanbieders, moeten de afspraken ambitieus zijn. Vervolgens kunnen de afspraken als uitgangspunt voor de inrichting van het proces dienen. Daarmee zijn de afspraken over kwaliteit, prijs en volume voor de behandeling van depressieve cliënten niet de uitkomst van een proces, maar de input van het proces.

*Aanbeveling: formuleer ambitieuze doelen en neem deze als uitgangspunt voor de inrichting van het zorgproces.*

De algemenere doelen die de prijs, het volume en de kwaliteit van de hulpverlening voor depressieve cliënten weergeven, dienen concreter gemaakt te worden en weergegeven te worden in prestatie-indicatoren. De normen die de RIAGG verbindt aan de prestatie-indicatoren zijn vervolgens de daadwerkelijke input voor de ontwikkeling van het proces. Daarna moeten de prestaties van de indicatoren gemeten worden en vergeleken worden met de gestelde normen van deze indicatoren.

Om de kwaliteit van de dienstverlening te kunnen bepalen is informatie nodig over structuur, proces en uitkomsten. Een voorbeeld van informatie over structuur, proces en uitkomsten is het volgende. Structuur betreft de samenstelling van hulpverleners die moet bestaan uit een x aantal psychiaters. Een procesindicator kan zijn dat de cliënt met maximaal twee verschillende hulpverleners te maken krijgt. Uitkomst informatie kan gaan over de (gewenste) effectiviteit die bijvoorbeeld uitgedrukt wordt in de Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., ).

*Aanbeveling: selecteer prestatie-indicatoren die de structuur (aantal en samenstelling hulpverleners en cliëntenpopulatie), proces (wachtijd, continuïteit, toegang, gebruik van bewezen effectieve behandelingen) en uitkomst (effectiviteit, doelmatigheid) weergeven.*

Als de prestatie-indicatoren zijn gedefinieerd moet de RIAGG een methode hebben om de processen zodanig te kunnen sturen dat de doelen ook gehaald worden. Met andere woorden, de processen moeten gemanaged kunnen worden. Om dit te kunnen realiseren dienen een aantal veranderingen doorgevoerd te worden in de RIAGGs.



Ten eerste dienen verschillende homogene cliëntengroepen onderscheiden te worden die onderling duidelijk verschillen in complexiteit en onzekerheid. Cliëntenkarakteristieken als diagnose, soort therapie en tijdsbesteding of gemeenschappelijke kenmerken als wachttijd en urgentie zijn factoren die van invloed zijn op de homogeniteit van de cliëntengroepen.

- Homogene cliëntengroepen

De DBC-systematiek is gericht op diagnose behandel combinaties. Echter, in de GGZ hangt de omvang van zorg vaak af van de mogelijkheden van de cliënt en diens omgeving en niet zozeer van de medische technologie (Pol, 2004). Het is daarom moeilijk om homogene groepen gebaseerd op diagnose te vormen. De productgroepen binnen de DBC GGZ systematiek is binnen de ambulante langdurige zorg (langer dan 250 minuten) op diagnose gericht (bijvoorbeeld depressieve stoornissen), maar bij ambulant korte (korter dan 250 minuten) niet, maar op tijdsbesteding. In dit onderzoek stond de vraag centraal hoe de RIAGGs de organisatie kunnen organiseren gerelateerd aan de DBC-systematiek. Het ligt daardoor voor de hand om de processen te onderscheiden op basis van DBC groepen. Echter, omdat voor behandelingen korter dan 250 minuten de DBC hoofdgroepen op tijdsbesteding i.p.v. op diagnose zijn gevormd, zou dit betekenen dat processen ingericht zouden worden op tijdsbesteding. Wij raden echter aan om de processen wel op diagnose in te richten zodat bewezen effectieve behandelprotocollen geïntegreerd kunnen worden in het procesontwerp en management. Hierdoor kan het plannen en beheersen van processen op basis van effectiviteit én efficiëntie gebeuren.

Bovendien is de DBC-systematiek niet zozeer vraag gericht. DBC hoofdgroepen zijn aanbod gericht, het beschrijft het aanbod van een organisatie waarbij het niet persé bij de vraag van een cliënt hoeft aan te sluiten. Daarbij remt het innovaties die niet in de DBC productgroepen omschreven zijn.

*Aanbeveling: onderscheid homogene cliënten groepen waarbij bewezen effectieve behandelprotocollen kunnen worden toegepast.*

- Organisatiestructuur

Nadat homogene cliëntengroepen zijn onderscheiden, dient de organisatiestructuur hierop aan te sluiten. De cliëntengroepen kunnen verschillen in mate van voorspelbaarheid en complexiteit. Het scheiden van deze groepen in verschillende zorgprocessen waarbij deze verschillende processen gemanaged worden en aparte capaciteit hebben is daarbij wenselijk.

Capaciteitsdeling moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Dit betekent dat capaciteit van hulpverleners, maar ook van middelen, toegewezen worden aan een proces zodat hulpverleners niet gedeeld hoeven te worden tussen verschillende processen. Uiteraard is het wel mogelijk dat één persoon toegewezen wordt aan meerdere processen, als voor beide processen duidelijke capaciteitsafspraken gemaakt zijn.

*Aanbeveling: onderscheid cliëntenprocessen en wijs hier capaciteit aan toe waardoor een 'hybride' organisatie kan ontstaan.*

- Eindverantwoordelijk

Wanneer verschillende cliëntengroepen zijn onderscheiden, is het van belang om per groep een eindverantwoordelijke manager toe te wijzen. Deze manager is verantwoordelijk voor het behalen van de doelstellingen.

*Aanbeveling: wijs per proces een eindverantwoordelijke manager aan die verantwoordelijk is voor het behalen van de doelstellingen.*

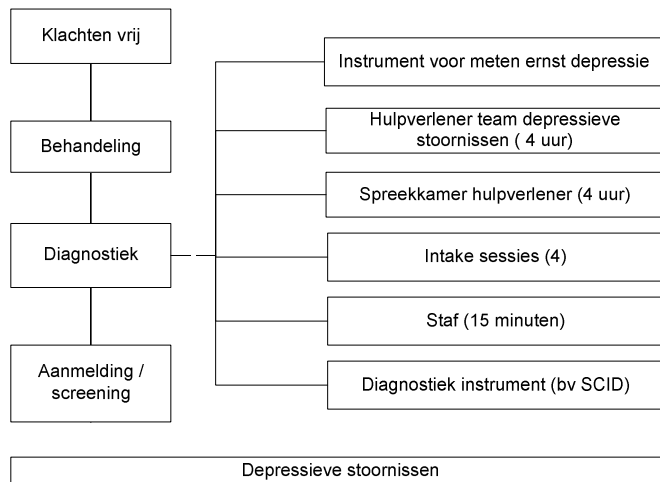
- Richtlijnen, Bill Of Resources

Door standaardisatie van een proces wordt de voorspelbaarheid van een proces vergroot. Tevens kan gedurende het proces de prestaties van het proces gemeten worden en is het mogelijk om het proces te sturen richting de gestelde doelen. Richtlijnen bieden zo mogelijkheden om het proces integraal te plannen en te beheersen.

Richtlijnen waarin per proces het soort activiteit, de frequentie van de activiteiten, de benodigde discipline, de tijdsduur van de activiteiten en de doorlooptijd van een cliënt beschreven staan, bieden mogelijkheden voor managers om een proces te kunnen sturen. Bovendien kunnen de richtlijnen gebaseerd zijn op bewezen effectieve behandelrichtlijnen. Een richtlijn kan beschreven worden in de vorm van een Bill Of Resources (BOR). Een BOR geeft de benodigde middelen weer voor een bepaalde module en maakt centrale planning mogelijk (Baars & Van Merode, 2007).

Figuur 12 geeft een voorbeeld van een BOR voor een module diagnostiek bij het proces van depressieve stoornissen. Zo dient iedere fase van een proces in kaart gebracht te worden. Bij de fase behandeling zijn verschillende behandelmodules nodig. De multidisciplinaire richtlijn depressie (Van Wamel et al., 2005) onderscheidt de volgende interventies:

Crisis interventie; minimale interventie, systematische psychotherapie, biologische behandeling en niet-specifieke interventies en rehabilitatie. Deze interventies zijn weer verder op te delen. Wanneer deze interventies beschreven worden door middel van een BOR zijn effectiviteit (bewezen effectieve behandelingen) en doelmatigheid (planning en beheersing op basis van resultaten) geïntegreerd en kan een BOR tevens als beslissingsondersteuning dienen. Figuur 12 geeft schematisch een voorbeeld van een BOR weer.



Figuur 12: Voorbeeld BOR

*Aanbeveling: beschrijf per proces de benodigde activiteiten, benodigde discipline, gemiddeld aantal contacten, gemiddelde doorlooptijd, frequentie van contacten, locatie op basis van bewezen effectieve richtlijnen.*

- Functionele flexibiliteit

Omdat hulpverlening vooral bestaat uit contacten tussen cliënten en hulpverleners, is hulpverlenerflexibiliteit vooral van belang. Wanneer hulpverleners ingezet kunnen worden voor verschillende taken als intake en behandeling resulteert dit in een betere doelmatigheid en continuïteit voor de cliënt. Bovendien maakt functionele flexibiliteit waarbij hulpverleners meerdere taken kunnen uitvoeren, het mogelijk om sneller op variatie in vraag te reageren. Daarbij heeft functionele flexibiliteit een positieve invloed op de kwaliteit van zorgverlening omdat het onder andere de continuïteit ten goede komt.

*Aanbeveling: stimuleer functionele flexibiliteit van hulpverleners door bijvoorbeeld opleidingen*

- Planning van activiteiten

Planning van activiteiten vindt op verschillende niveaus plaats die een andere tijdshorizon nodig hebben. Op strategisch niveau, over de toekomst van de RIAGG, de zorg die de RIAGG wil aanbieden en capaciteitsvraagstukken, is vaak een meerjaren planning gewenst. Op operationeel niveau dienen activiteiten van een individueel cliëntentrajec gepland te worden waarbij de tijdshorizon korter is.

Hulpverleners kunnen het individuele cliëntentrajec plannen met richtlijnen die beschreven staan in een BOR. Daarmee is een BOR geschikt voor planning op operationeel niveau, het primaire cliëntenproces. Ook voor deze BOR moet een tijdshorizon worden bepaald die gelijk is aan de gemiddelde doorlooptijd. Deze manier van plannen biedt de RIAGG mogelijkheden om vooraf het gehele cliëntentrajec (centraal) te plannen. Een voorwaarde hierbij is dat ook hulpverleners zo'n zes a zeven weken van tevoren de agenda invullen waarin zij de afwezigheid en tijden die gereserveerd zijn voor niet directe cliëntencontacten aangeven.

*Aanbeveling: definieer tijdshorizon bij de verschillende planningsbeslissingen die genomen moeten worden.*

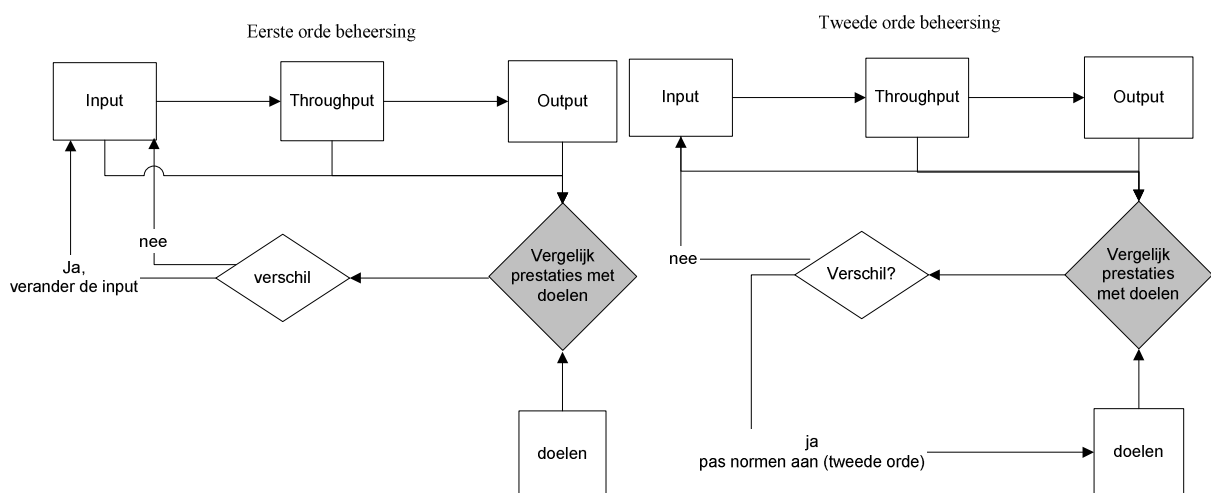
- Prestatiebeheersing

De RIAGG opereert in een omgeving waarbij de vraag in aantal en soort onvoorspelbaar is, en moet daarom flexibel kunnen reageren op veranderende omstandigheden. De RIAGG moet dus een systeem hebben waarin omgegaan kan worden met de aanwezige onzekerheid en complexiteit en de noodzaak tot aanpassen aan de veranderende omgeving. De noodzaak hiervan verschilt voor de complexe en minder complexe cliënten. Dit is de reden dat beide cliëntengroepen waarschijnlijk een andere planning en beheersingsmethode nodig hebben. De huidige scheiding tussen de behandelgericht hulpverlening en sociaal psychiatrische problematiek binnen de RIAGG maakt dit mogelijk.

In verband met de DBC-systematiek, wordt concurrentie op basis van prestaties steeds belangrijker. Een planning- en beheersingssysteem op basis van prestatiemeting vergelijkt de resultaten van een proces met gestelde normen. Ter illustratie hiervan nemen we het voorbeeld van een protocol waarin als doel gesteld is dat het aantal contacten gemiddeld vijftien is. De vijftien contacten worden echter herhaaldelijk overschreden. Daarom besluit de manager dat alle afwijkingen van de vijftien contacten moeten worden geanalyseerd. Als uit deze analyse blijkt dat de vijftien contacten structureel worden overschreden, kan worden overwogen om de doelstelling van vijftien contacten aan te passen. Dit is tweede-orde-leren.

Maar wanneer blijkt dat bijvoorbeeld door financiële onmogelijkheden de doelstellingen niet aangepast kunnen worden, kan het proces zelf aangepast worden om de doelstellingen te halen (zie figuur 13).

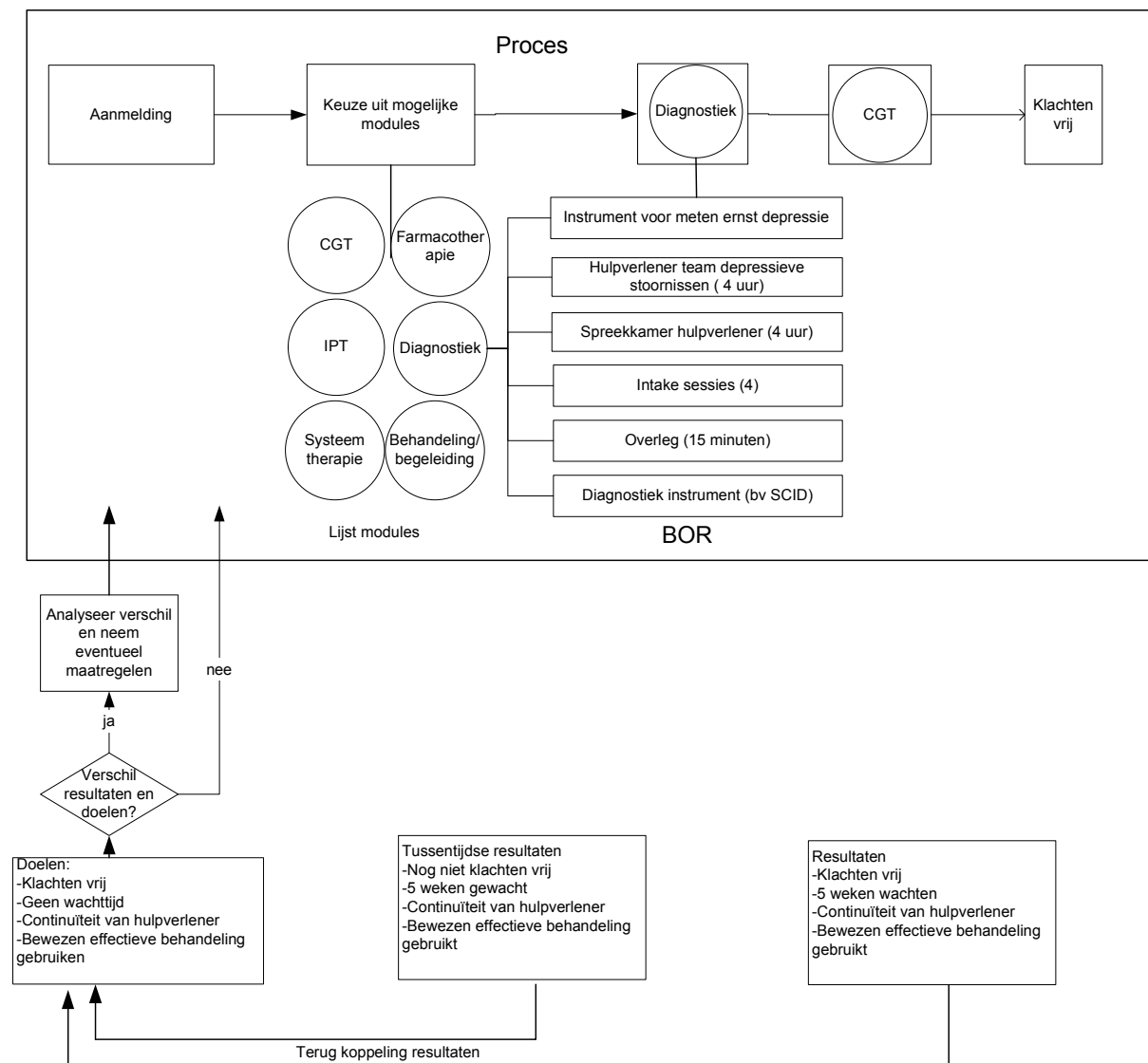
Voor deterministische processen (processen waarin alle parameters bekend zijn) is het beheersen op deze wijze een geschikte vorm van beheersen. Het is echter duidelijk dat processen in de RIAGG niet deterministisch zijn. Daarom is het voor processen in de RIAGG van belang om op onzekerheid in te kunnen spelen door flexibel te kunnen reageren op veranderende omstandigheden en op onverwachte activiteiten. Maar bovendien ook om te kunnen leren van de aanwezige afwijkingen tussen de prestaties en de gestelde doelen. Daarom dienen afwijkingen tussen de prestaties en de gestelde doelen te worden geanalyseerd waarbij het van belang is om te bepalen of deze afwijking toevallig of systematisch is. Wanneer het een systematische afwijking betreft, kunnen oorzaken aangewezen worden die aanwijsbaar bijdragen aan de afwijkingen en deze oorzaken kunnen vervolgens worden bijgesteld. Hierbij kunt u denken aan bijvoorbeeld extra training voor hulpverleners, het invoeren van bewezen effectieve protocollen of van informatietechnologie. Op deze wijze kunnen de normen worden bijgesteld of kan het proces aangepast worden omdat de uitkomsten niet passen bij de normen (Otley & Berry 1980). Figuur 13 geeft dit schematisch weer.



Figuur 13: eerste- en tweede-orde-beheersing

In figuur 14 wordt prestatiebeheersing in combinatie met een procesorganisatie waarin een voorbeeld van BOR gegeven is, weergegeven.

*Aanbeveling: ontwerp een systeem waarbij de resultaten van een proces tijdens en op het eind gemeten en vergeleken worden met de gestelde doelen. Eventuele afwijkingen dienen geregistreerd en geanalyseerd te worden.*



Figuur 14: voorbeeld zorgproces en beheersingsmethode

- Effectmeting

Niet alle RIAGGs maken gebruik van effectmetingen. Effectmetingen van behandelingen geeft inzicht in de effecten van een behandeling, of de behandeling het gewenste effect heeft bereikt. Het primaire proces kan op deze wijze ook gestuurd worden op basis van inhoud van de behandeling. Bovendien is de informatie van de effectmetingen naast sturingsinformatie ook van belang voor de zorgverzekeraar om de kwaliteit van zorg weer te kunnen geven. Een voorbeeld hiervan is de eerder genoemde Beck Depression Inventory (Beck et al.).

*Aanbeveling: introduceer effectmetingen voor alle cliënten.*

- Informatietechnologie (IT)

IT biedt veel mogelijkheden voor de RIAGGs bij het ondersteunen van planning en beheersing. Ten eerste maakt IT het makkelijker om de cliënt door een proces te volgen en overzichten te genereren van cliëntenprocessen en de inzet van hulpverleners. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de processen en een betere voorspelbaarheid van de uitkomsten van een proces. Bovendien kan een manager en hulpverleners met IT de voortgang van een proces per cliënt of hulpverlener meten en de prestaties vergelijken met de gestelde doelen. Het signaal dat prestaties en doelen van elkaar afwijken kan ook door het systeem gegeven worden.

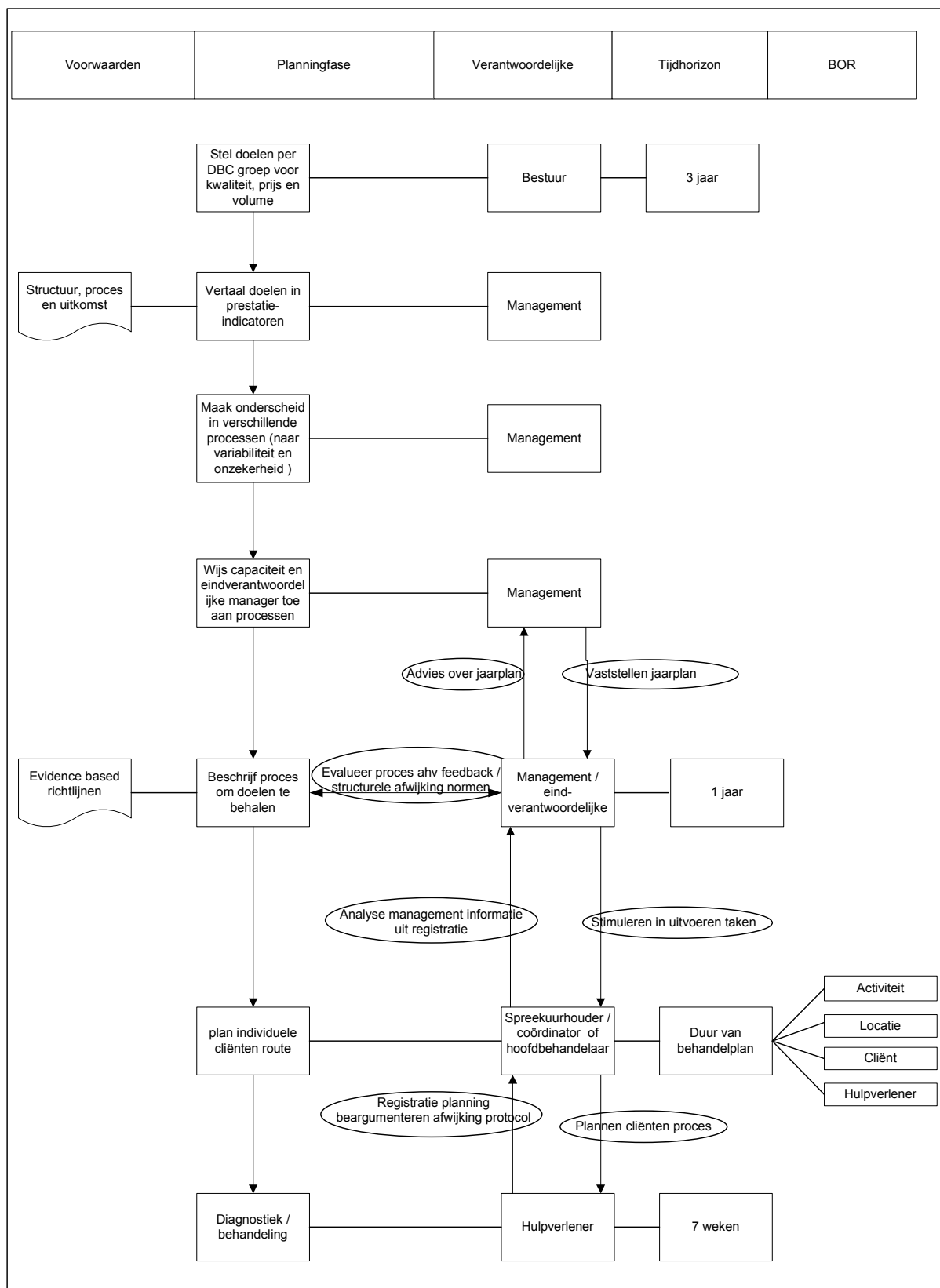
Ook kan een IT systeem ondersteunend werken bij het plannen van activiteiten. Planning kan hierdoor centraal gebeuren voor de verschillende hulpverleners. Bijvoorbeeld door de hulpverlener die het aanmeldingsgesprek houdt. Deze kan na de beslissing binnen welk proces een cliënt thuishoort, alle afspraken voor deze cliënt met een hulpverlener al in plannen op basis van de BOR gegevens. Voorwaarde hiervoor is dat alle hulpverleners in de agenda tijd blokken voor overige activiteiten, en een BOR beschreven is op basis van bewezen effectieve richtlijnen. Maar, omdat de processen variabel zijn is een reactief systeem nodig waarin rekening gehouden wordt met deze aanwezige variabiliteit (Baars & Van Merode, 2007)

*Aanbeveling: introduceer een IT systeem waarbij het mogelijk is om afspraken (centraal) te plannen en te beheersen. IT systeem moet korte termijn planning ondersteunen en aan te passen zijn.*

## 7.2 Vervolgonderzoek

Dit onderzoek biedt inzichten in de huidige procesorganisatie van de RIAGGs. Het is interessant om de aanbevelingen die gedaan worden te implementeren en de resultaten op de kwaliteit en doelmatigheid van het proces te blijven volgen. Vervolgonderzoek moet zich daarom richten op de resultaten van de implementatie van een planning en beheersingssysteem op basis van resultaten, in een productgerichte organisatie waarbij processen om te komen tot producten gemanaged worden.





Figuur 15: model voor procesorganisatie RIAGGs

## Literatuurlijst

- Anand, G., & Ward, P.T., (2004) Fit, Flexibility and Performance in Manufacturing: Coping with Dynamic Environments. *Production and operations management*, 13 Nr. 4, 369-85
- Baars, I.J., & Van Merode, G.G. (2007) A planning tool for multidisciplinary youth care evaluated: A case study, *International Journal of Medical Informatics*, doi:10.1016/j.ijmedif.2007.06.005. In Press, Corrected Proof.
- Baars, I.J. & Van Merode, G.G. (2006) Evaluatie Zorgplanner en zorgprogramma, *Jaarboek VMBI 2006: Evaluatie van ICT in de zorg, Vol.2*.
- Beck, A.T., Steer, R.A., et al. Beck Depression Inventory.
- Bertrand, J.W.M., Wortmann, J.C., Wijngaard, J. (1990). *Productiebeheersing en material management*. Leiden: Stenfert Kroese Uitgevers.
- Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten (1998). *Eindrapport commissie doelmatigheid RIAGG-activiteiten*. Utrecht; Bakkenist Management Consultants.
- Correa, F.A, Gil, M.J.A, Redin, L.B. (2005). *Benefits of connecting Rfid and lean principles in health care*. Conference: Health Care Technology Management, Aalborg.
- Cox, V.E., de Hartog, J.J.H., Van Iperen, J.Th., Knaven, M.A.H., Hull, H.R., Spaans, M. (1998). *Rapport Bakkenist Trimbo: Onderzoek Doelmatigheid RIAGG-activiteiten*, Trimbo-instituut, Bakkenist Management Consultants
- DBC GGZ (2003). *DBC typing in de GGZ: Eindrapportage Landelijke Werkgroep DBC-ontwikkeling GGZ*. Utrecht
- DBC GGZ (2006). *De productstructuur DBC GGZ*. Utrecht

- Desombre, T., Kelliher, C., Macfarlane, F., Ozbilgin, M. (2006). Re-Organizing Work Roles in Health Care: Evidence from the Implementation of Functional Flexibility. *British Journal of Management*, 17, 139-151.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assesment*, Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
- Drake, R.E., Goldman, H.H., Stephen, L.H., Lehman, A.F., Dixon, L., Mueser, K.T., Torrey, W.C. (2001) Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Setting. *Psychiatric Services*, 52, 179-182.
- GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland; IGZ (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset*. Utrecht: GGZ Nederland, IGZ.
- Hofstede, G. (1981) Management Control of not-for profit activities. *Accounting, organizations and society*, 6, 193-211.
- Hopp, W.J. & Spearman, M.L. (2004) To pull or not to pull: what is the question, *Manufacturing & service operations management*, 6, 133-148.
- Matlow, A.G., Wright, J.G., Zimmerman, B., Thomson, K., & Valente, M. (2006). How can the principles of complexity science be applied to improve the coordination of care for complex pediatric patients? *Quality & Safety in Health Care*, 15, 85-88.
- McLaughlin, C.P. (1996) Why variation reduction is not everything: a new paradigm for service operations, *International Journal of Service Industry Management*, 7, 17-30.
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en Trimbos instituut (2006). *Sociale Kaart Geestelijke Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Noon, C.E., Hankins, C.T., Côté, M. (2003). Understanding the impact of variation in the delivery of healthcare services. *Journal of healthcare management*, 48, 82-97.
- Otley, D.T. & Berry, A.J. (1980) Control, organisation and accounting, *Accounting, Organizations and Society*, 5, 231-244.
- Pol, V.d. (2004). De bekostiging van de GGZ. Handboek Financiële bedrijfsvoering in de zorg. E. Gezondheidszorg: II 4.1-1 t/m II 4.1- 37.
- Porter, M.E. en Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Van der Aalst, W., Van Hee, W. (1997). *Workflow management: modellen, methoden en systemen*. Schoonhoven: Academic Service.
- Van Merode, F. (2006) Erp in de zorg, *Informatie, juli/aug*, 58-62
- Van Merode, F., Molema, H, Goldschmidt, H. (2004). GUM and six sigma approaches positioned as deterministic tools in quality target engineering. *Accreditation and Quality Assurance*, 10, 32-36.
- Van Merode, G.G. (2006) Operational excellence in de gezondheidszorg. *Management executive, mei/juni*
- Van Merode, G.G., Groothuis, S., Hasman, A. (2004) Enterprise resource planning for hospitals, *International Journal of Medical Informatics*, 73, 493-501.
- Van Wamel, A., Takkenkamp, J., Meeuwissen, J., Voordouw, I., Verburg, H. (2005). *Landelijk Basisprogramma Depressie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Vanhaverbeke, W. en Torremans, H. (1999). Organizational Structure in Process-based Organizations. *Knowledge and Process Management*, 6, 41-52.

Walley, P., Silvester, K., Steyn, R. (2006) Managing Variation in Demand: Lessons from the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Management*, 51, 309-320.

Womack, J.P., & Jones, D.T., (1996). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon & Schuster.

[www.ctg-zaio.nl/index.php](http://www.ctg-zaio.nl/index.php) Opgehaald: mei 2007

## Bijlage 1 Definities

Contact: een samenkomst/consult van cliënt en hulpverlener van de RIAGG

*Bron onderstaande definities: tarieflijst 2004 geestelijke gezondheidszorg (CTG) (www.ctg-zaio.nl, verkregen Juli 2007)*

*Cliënt:* iemand die is ingeschreven bij de RIAGG en minimaal één face-to-face contact in het kader van hulpverlening heeft gehad.

*Intakecontact:* een face-to-face contact in de periode voor de aanvang van de behandeling; bedoeld wordt op (onderzoek)contacten van hulpverleners vanaf het moment van aanmelding.

De volgende onderzoekscontacten behoren niet tot het intakecontact:

- het psychiatrisch onderzoek en het gezinsonderzoek uitgevoerd door een psychiater
- de orthodidactische en psychodiagnostische onderzoekscontacten voor kinderen en jeugdigen in het kader van globale en specifieke oordeelsvorming tot de aanvang van de behandeling
- de psychodiagnostische en neuropsychologische onderzoekscontacten voor volwassenen, ouderen en verslaafden uitgevoerd door een psycholoog

*Psychodiagnostisch/neuropsychologisch onderzoek:* Een face-to-face-contact voor volwassenen, ouderen en verslaafden doorgaans in de periode voor de aanvang van de behandeling, bestaande uit psychodiagnostisch onderzoek of neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd door een psycholoog. Bij psychodiagnostisch onderzoek gaat het om onderzoek naar de persoonlijkheid van de cliënt en bij neuropsychologisch onderzoek naar het cognitief functioneren van een cliënt met een mogelijke cerebrale beschadiging (bijvoorbeeld Korsakov). Daarnaast kan dit face-to-face contact bestaan uit psychiatrisch onderzoek of het gezinsonderzoek, uitgevoerd door een psychiater.

*Psychotherapiecontact:* Een face-to-face-contact verstrekt in het kader van een psychotherapeutische behandeling door een erkende en als zodanig aangestelde psychotherapeut of door een psychiater die als psychotherapeut is aangesteld c.q. werkzaam is

of een psychotherapeut in opleiding voor zover deze als psychotherapeut werkzaam is en waarbij de verhouding cliënt/hulpverlener kleiner of gelijk is aan twee.

*Groepscontact psychotherapie:* Er is sprake van een groepscontact als in het psychotherapiecontact de verhouding cliënt/hulpverlener groter is dan twee.

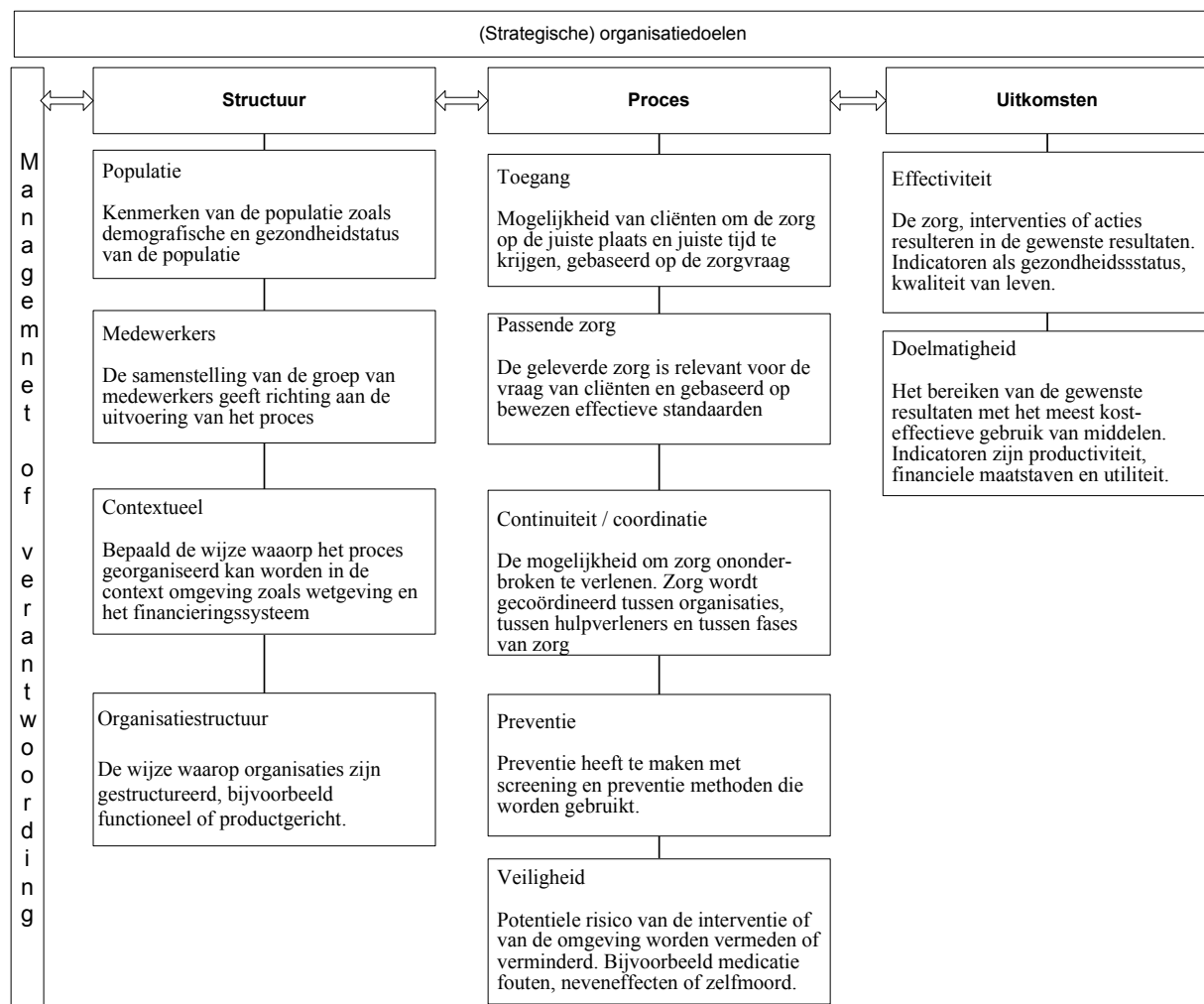
*Begeleidingscontact/behandelingscontact:* Een face-to-face-contact waarbij de cliënt wordt ondersteund in zijn leefsituatie (veranderingsmogelijkheden lijken te ontbreken) en/of een face-to-face-contact waarin volgens bepaalde methoden veranderingsprocessen bij de cliënt worden bevorderd (niet-psychotherapie) en waarbij de verhouding cliënt/hulpverlener kleiner of gelijk is aan twee.

*Groepscontact behandeling/begeleiding:* Er is sprake van een groepscontact als in het behandeling/begeleidingscontact de verhouding cliënt/hulpverlener groter is dan twee.

*Crisiscontact binnen kantooruren:* Een face-to-face-contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de face-to-face-tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00-18.00 uur.

*Crisiscontact buiten kantooruren:* Een face-to-face-contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uursdienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder face-to-face-contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uursdienst op werkdagen waarbij de face-to-face-tijd 50% of meer valt buiten de periode van 08.00-18.00 uur.

## Bijlage 2 Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren

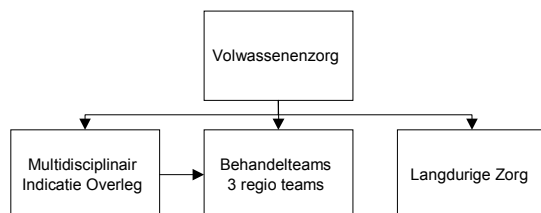
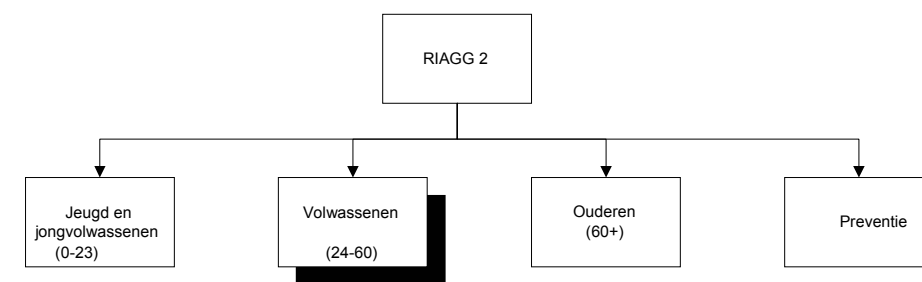
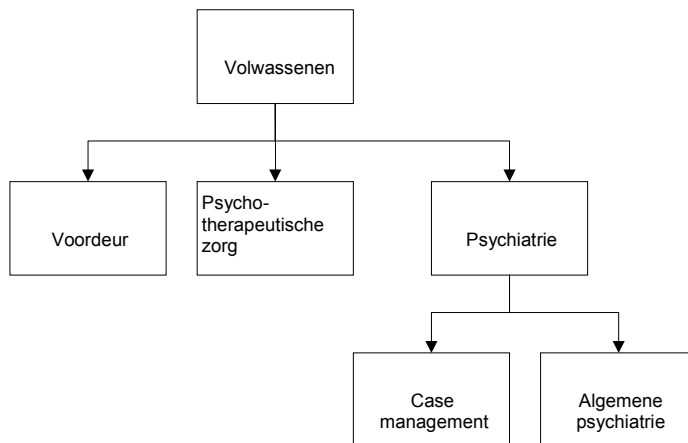
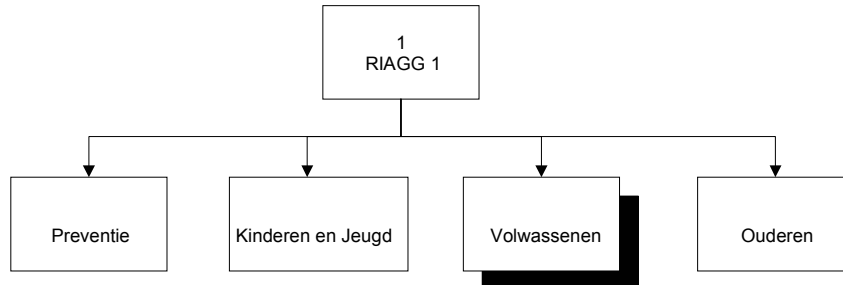


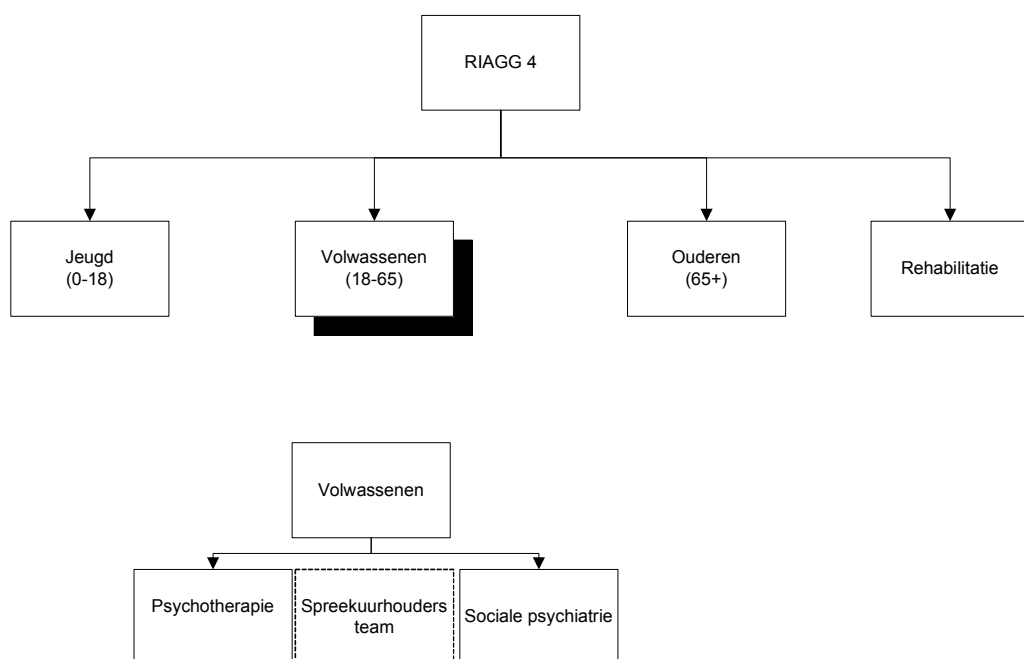
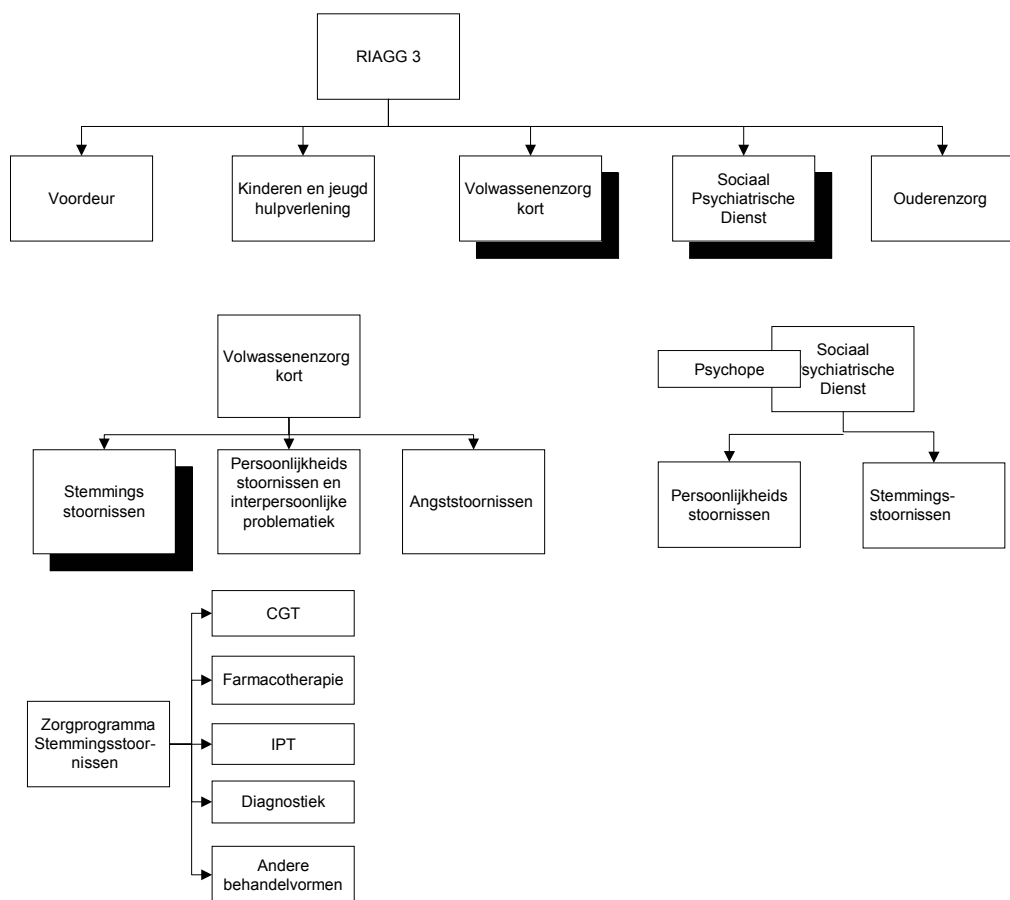


## Bijlage 3 Overzicht interviewgegevens

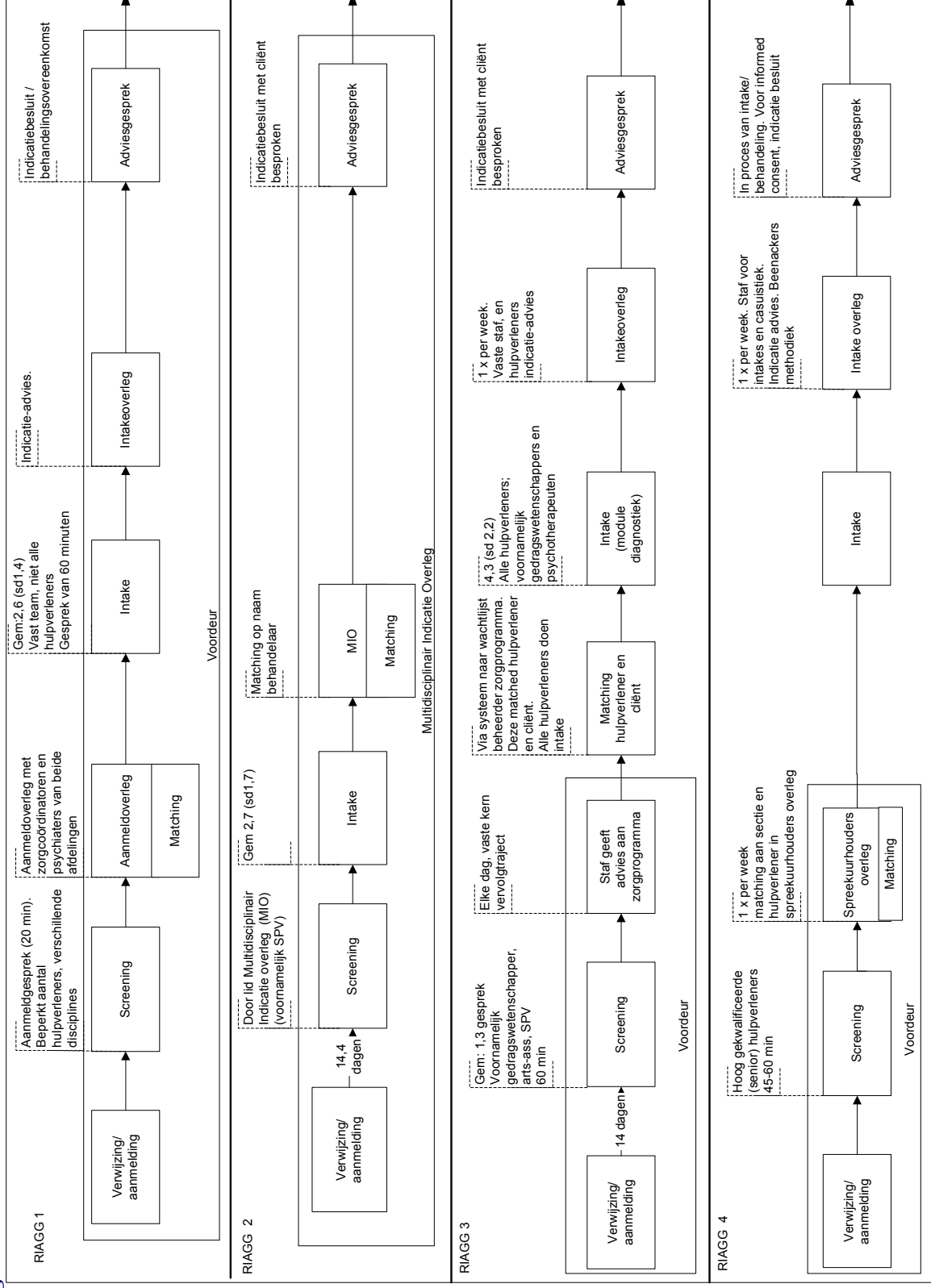
RIAGG	Observaties, Interviews en Validatie
RIAGG 1	<p><b>Observaties</b> Verschillende overleggen bijgewoond</p> <p><b>Interviews</b> De volgende 11 personen zijn geïnterviewd: <i>Afdeling 1 :</i> 1 zorgcoördinator, 3 psychotherapeuten <i>Afdeling 2:</i> 1 zorgcoördinator; 1 SPV <i>Afdeling 3:</i> 1 zorgcoördinator ,3 case-managers,1 pit-verpleegkundige <i>Ondersteunend personeel:</i> 1 secretaresse</p> <p><b>Validatie</b> De procesbeschrijvingen zijn voorgelegd aan de zorgcoördinatoren waarna het een en ander aangepast is. Vervolgens is middels een presentatie de ‘As Is’ situatie gepresenteerd aan belangstellende medewerkers van de gehele RIAGG ter validatie en verificatie</p>
RIAGG 2	<p><b>Observaties</b> Besprekingen van verschillende overleggen</p> <p><b>Interviews</b> Omdat deze RIAGG al zelf bezig was met het opstellen van procesbeschrijvingen zijn binnen dit onderzoek de processen niet door middel van interviews in kaart gebracht om zo de medewerkers niet dubbel te belasten. Wel zijn gesprekken gevoerd met verschillende managers.</p> <p><b>Validatie</b> Het beeld dat de onderzoeker had van de procesorganisatie is tijdens projectgroep bijeenkomsten bevestigd of op bepaalde punten gewijzigd.</p>
RIAGG 3	<p><b>Observaties</b> Ter observatie zijn verschillende bijeenkomsten bijgewoond.</p> <p><b>Interviews</b> De volgende 6 personen zijn geïnterviewd: <i>Afdeling 1:</i> 1 wachtlijstbeheerder. 1 psychiater. 1 programmaleider <i>Afdeling 2:</i> 2 Sociaal psychiatrische verpleegkundigen 1 voordeur medewerker</p> <p><b>Validatie</b> Ter validatie van de procesbeschrijvingen is een presentatie gehouden tijdens het beleidsoverleg. Hieruit zijn een aantal aanpassingen voortgekomen. Ook is ter validatie de procesbeschrijving uitvoerig doorgenomen met een manager</p>
RIAGG 4	<p><b>Observaties</b> Verschillende overlegvormen zijn bijgewoond.</p> <p><b>Interviews</b> De volgende 7 personen zijn geïnterviewd: <i>Afdeling 1:</i> 1 klinisch psycholoog,1 psycho-analyticus, 2 psychiaters, 1 SPV, 1 gedragstherapeut, <i>Ondersteunend personeel:</i> 1 secretaresse</p> <p><b>Validatie</b> De procesbeschrijvingen zijn voorgelegd aan de managers. Vervolgens zijn aanpassingen gemaakt en tijdens een werkbijeenkomst zijn de beschrijvingen gepresenteerd aan medewerkers van de RIAGG in een vrijwillige bijeenkomst. Naar aanleiding van suggesties en opmerkingen van de medewerkers zijn aanpassingen gemaakt waarna ze weer voorgelegd zijn aan de managers dat vervolgens geresulteerd heeft in de definitieve procesbeschrijvingen.</p>

## Bijlage 4 Overzicht RIAGGs

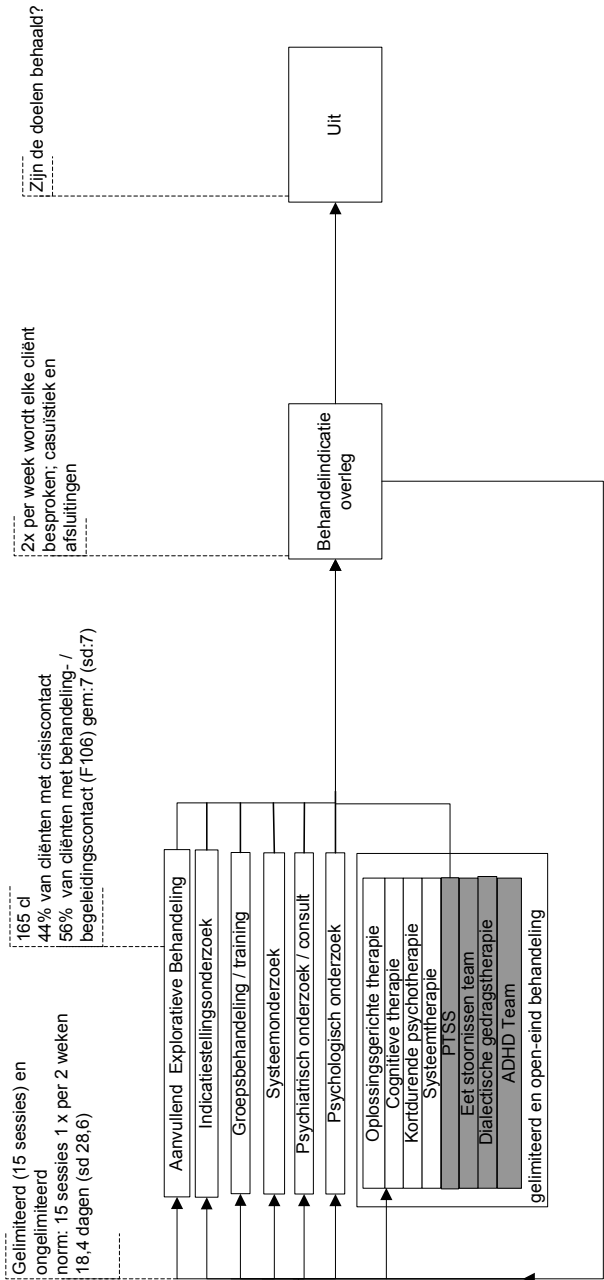




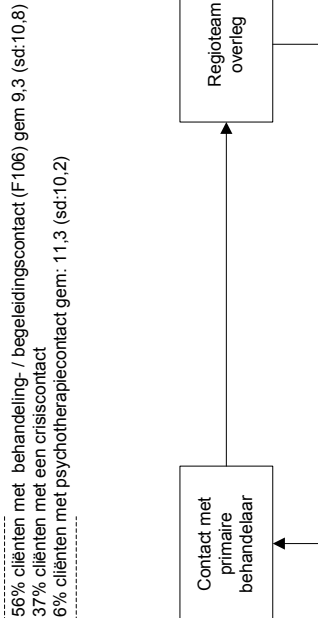
## Bijlage 5 Stroomschema's RIAGGs

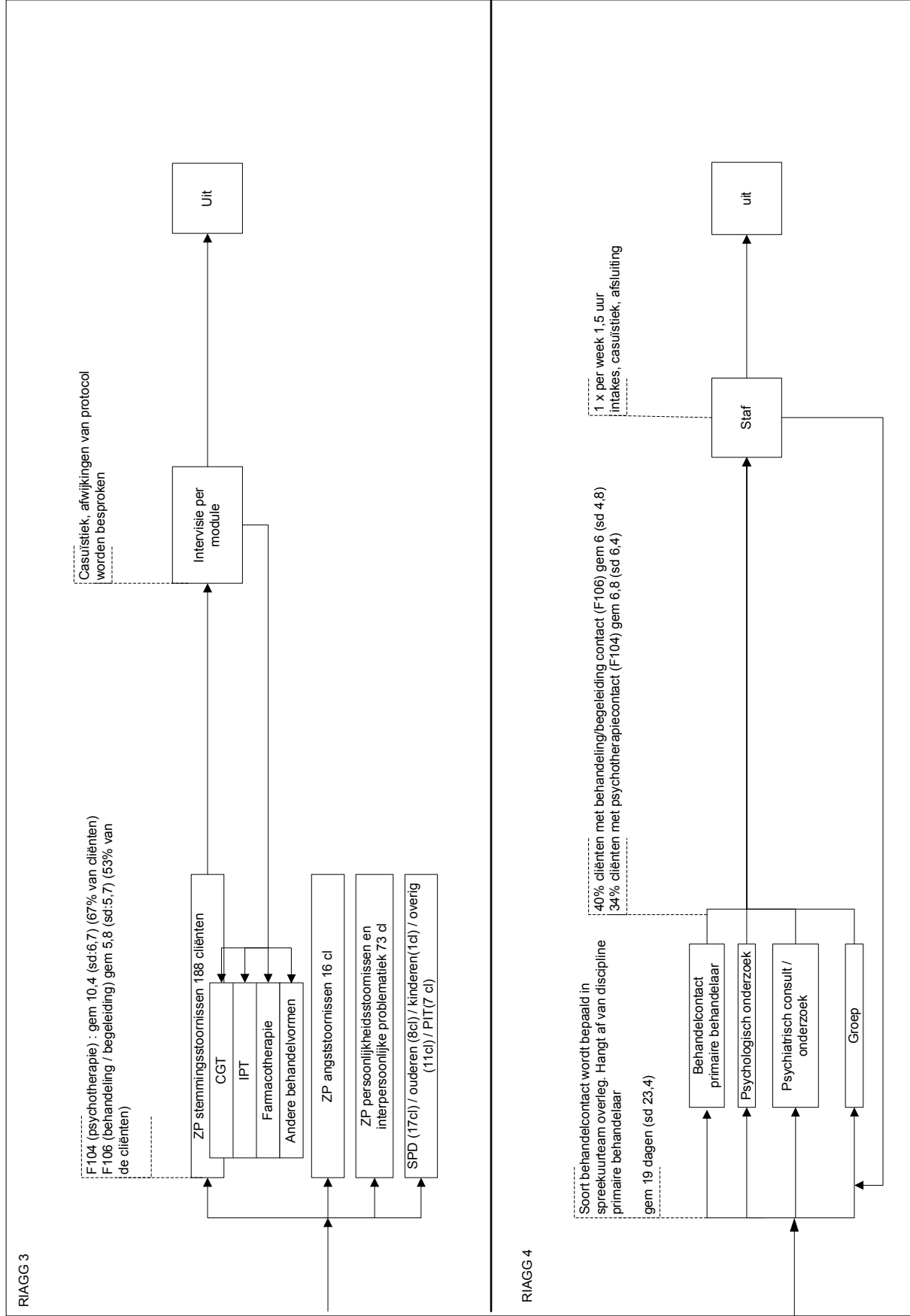


RIAGG 1



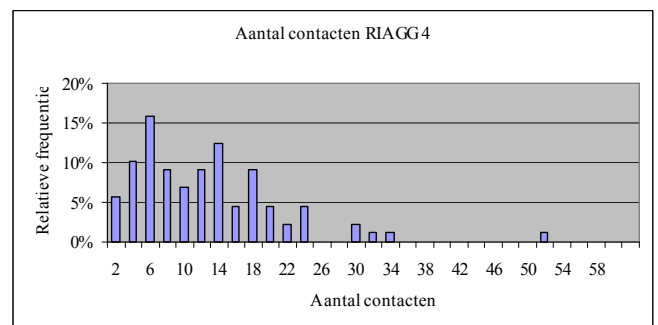
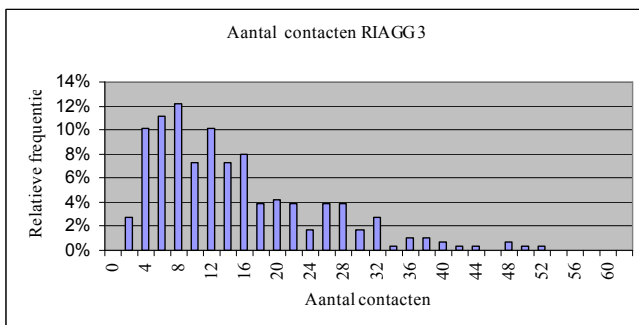
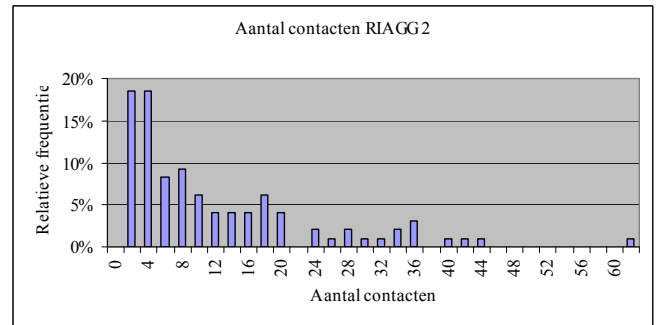
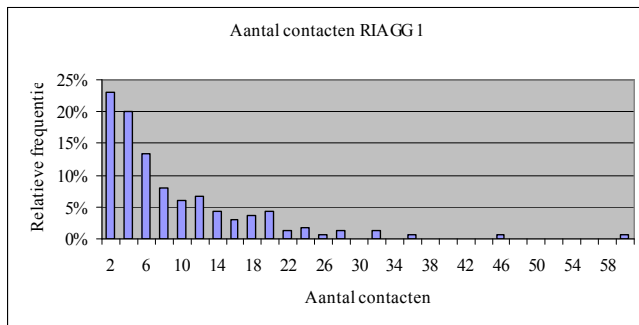
RIAGG 2



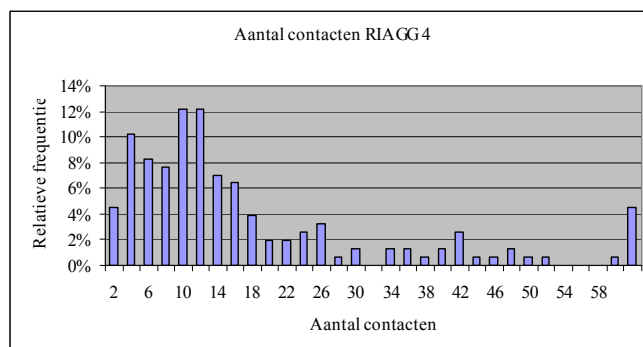
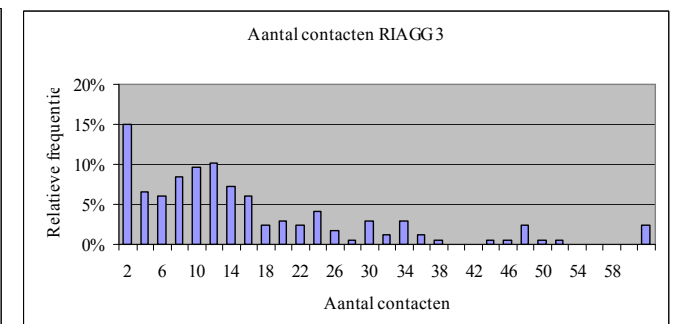
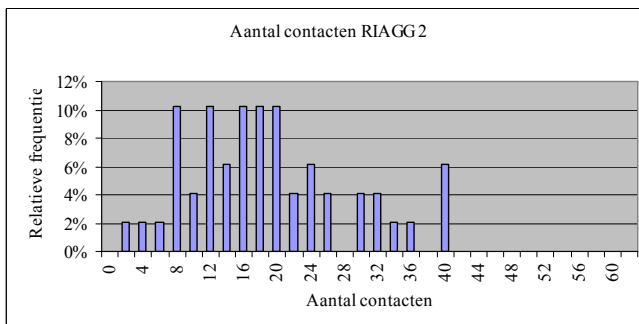


## Bijlage 6 Figuren aantal contacten

### Depressieve stoornissen



### Schizofrenie en andere psychotische stoornissen



## Bijlage 7 Overzicht resultaten

### Structuurkenmerken:

- R1<sup>1</sup> : alle diagnoses, meerdere disciplines, afdeling voordeur, twee hoofdafdelingen voor VZ<sup>1</sup>, voor langdurige zorg verdere splitsing naar twee afdelingen  
 R 2: alle diagnoses, meerdere disciplines, afdeling voordeur, regioteams voor VZ en regio-overkoepelend voor langdurige zorg VZ  
 R 3: alle diagnoses, meerdere disciplines, afdeling voordeur, twee afdelingen voor VZ. Binnen kortdurende zorg verdere splitsing naar zorgprogramma's  
 R 4: alle diagnoses, meerdere disciplines, voordeur, 1 afdeling VZ met 2secties

	RIAGG 1	RIAGG 2	RIAGG 3	RIAGG 4
Verspilling	Wachten, Overproductie Overdracht Transport / beweging documenten Planning onduidelijk	Transport documenten	Wachten S: overproductie door gebrek aan criteria	Transport/ beweging documenten Afspraken planning
Integratie	Veel schotten Kriskras stromen Functioneel ingericht	D: Regio teams Aanmelding en intake geïntegreerd	D:diagnose gericht Richtlijnen Intaker is in principe ook behandelaar	Intake en behandeling geïntegreerd
<b>Complexiteit</b>	+	+	±	+
Standaardisatie / zorgproces richtlijnen	Niet aanwezig Aantal contacten: D: 8,7 ± 8,8 Veel onduidelijkheid bij hulpverleners	Niet aanwezig Aantal contacten D: 12,1±12,9 S: 18,4 ± 9,5	D: richtlijnen in zorgprogramma S: niet aanwezig Aantal contacten: D: 14,3 ± 9,9 S:15,3 ± 14,2	Niet aanwezig Aantal contacten: D: 12,1 ± 8,5 S: 17,8 ± 18
Informatie Technologie	Niet voor beslissingsondersteun ing, Niet voor agendabeheer	Niet voor beslissingsondersteun ing, Niet voor agendabeheer	IT voor agendabeheer en patiëntendossier	Niet voor beslissingsondersteun ing, Niet voor agendabeheer
Plannen en beheersen	Plannen: (soms vage) individuele doelen Beheersen: individueel, geen normen	?	Plannen: D: zorgprogramma S: per cliënt Beheersing: D: a.h.v. normen S: individueel, geen normen	Plannen: In staf, doelen per cliënt Beheersen: In staf per cliënt
Beschreven prestatie- indicatoren primaire proces	Geen	Uitkomstindicatoren: effectmeting	D: procesindicatoren: in zorgprogramma S: geen	D procesindicatoren: per cliënt



<b>Onzekerheid in zorgproces</b>	++	++	±	+
Reactief vermogen zorgproces	Laag	?	D: evaluatie, per cliënt reageren S: minder en moeilijker evaluatie	Individueel inzicht, reageren per individu
Staf flexibiliteit	Verschillende disciplines, niet allemaal inzetbaar voor aanmelding en intake	D: discipline per regio, inzetbaar verschillende diagnoses S: discipline regio overstijgend, inzetbaar verschillende diagnoses	D: disciplines inzetbaar voor alle fases binnen module/programma S: disciplines inzetbaar voor alle fases na screening	Verschillende disciplines, Multi-inzetbaar voor intake en behandeling en verschillende diagnoses.
<b>Inflexibiliteit en reactief vermogen</b>	+	?	±	±

*Uitkomst: Variatie en onzekerheid*

- R 1: veel variatie, hoge complexiteit en daarmee lage cliëntenintegratie.  
 R 2: matige cliëntenintegratie en variatie  
 R 3: D: minste variatie, en redelijke cliëntenintegratie. S: veel variatie in zorgverlening en geen cliëntenintegratie.  
 R 4: redelijke cliëntenintegratie en een redelijke variatie in zorgproces

Figuur 11: Overzicht van resultaten

1: R= RIAGG D= Depressie, S= Schizofrenie, VZ= Volwassenen Zorg

? = te weinig gegevens beschikbaar om uitspraak te doen.